

دراسات الرعايا الاجتماعية
تلك التي في المجتمعات النامية



عبد الحكيم عبد الرحمن
قسم الاجتماع في كلية الآداب
جامعة الإسكندرية

١٩٩٦

دار المعرفة الجامعية

١٠٠ شارع بورسعيد - بورسعيد - ٨١٠٠١٣
٢٨٧ ط. خ. بورسعيد - ٨١٠٠١٣

مقدمة -

منذ بداية السنين سعت الكثير من العلوم الإجتماعية ، لتحديث مناهجها وطرق دراستها ، لتحليل مشكلات المجتمع الحديث الذي نعيش فيه . وجاءت تلك الجهود ، كنوع من المواكبة للتطورات العلمية المتعددة ، التي شهدتها العلوم الطبيعية الأخرى ، خاصة بعد أن حققت المزيد من التقدم والإنجاز العلمي للظواهر التي تقوم بدراستها وتحليلها . ولقد ركزت علوم إجتماعية مثل ، الإقتصاد ، والسياسة ، وعلم النفس ، والإجتماع والسياسة الإجتماعية وغيرها ، علي ضرورة الإهتمام بدراسة المشكلات الإجتماعية ، وأسباب تفاقمها في السنوات الأخيرة ، والعوامل التي أدت إلي تعدد هذه المشاكل ، واتساع نطاقها ونتائجها وأثارها السلبية علي جميع مظاهر الحياة الإجتماعية .

وحرص علم الإجتماع كغيره من العلوم الإجتماعية ، علي دراسة المشكلات الإجتماعية ، مستغلاً في ذلك التطورات العلمية ، التي طرأت علي مناهج وأدوات البحث علمي ، وتطبيقها بصورة فعلية . كما ساهمت فروع علم الإجتماع المتخصصة وإثرائها بالعديد من المهتمين والباحثين المتخصصين ، بالمشاركة في الكشف عن جنود تلك المشاكل وأسبابها ، والعوامل المتداخلة فيها ، ونسبية حدوثها في مجتمعات دون أخرى ، وكيفية الإعداد والتخطيط لها علي أسس علمية حديثة .

وبالفعل ، ظهرت ميادين جديدة في علم الإجتماع ، تخصصت في دراسة قضايا المجتمع الحديث ومشكلاته ، مثل السياسة الإجتماعية Social Policy ، والباثولوجيا الإجتماعية Social Pathology ، أو دراسة الأمراض الإجتماعية . وركزت جهودها علي دراسة المشاكل الإجتماعية ، وكيفية التخطيط ووضع السياسات والإستراتيجيات اللازمة ، للتخفيف من حثتها والوقاية منها بقدر الإمكان . وفي حقيقة الأمر ، تعتبر هذه الميادين من الموضوعات الأساسية التي تعكس إهتمامات علم الإجتماع منذ نشأته الأولي ، إلا أن روح العصر الحديث ، والتخصص

العلمي النقيق ، ساعدا علي توجيه الكثير من إهتمامات هذا العلم نحو هذه وخاصة بعد أن تزايدت خطورة ونتائج المشكلات ، وإخفاق العلوم الطبيعية في العلاج أو الدواء الإكلينيكي Clinical Medicine ، ومن ثم جاءت الضرورة بأهمية العلاج الإجتماعي Social Medicine .

وما من شك ، إننا نلاحظ أن العديد من المشكلات الإجتماعية ، التي ظهرت أثارها السلبية في المجتمع العالمي بصورة واضحة في السنوات الأخيرة . لم تستطع العلوم الطبيعية والسلوكية ، أن تقدم حلولاً علاجية لها ، نتيجة لطبيعة الظواهر الإجتماعية المعقدة ، والتي تسهم في تكوينها وتشكيلها العوامل الإجتماعية والبيئة الثقافية ، وتلعب أدواراً متعددة في ظهور أعراضها ومظاهرها المتنوعة . فمشكلات مثل الجريمة والإنتحار ، والعنف والتطرف ، والفقر ، والجهل ، والمرض ، والإعاقة ، والإدمان والمخدرات ، والمشكلات الأسرية ، والتمييز العنصري وغيرها ، تعد في مجملها مشكلات تسببها عوامل إجتماعية ، وأخلاقية وقيمية من الدرجة الأولى . وتعكس في الوقت ذاته ، نوعية التغيرات والتطورات الجذرية ، التي تحدث علي كل من البناءات والإنساق والنظم الإجتماعية ، ومايصاحبها من إتهيارات وتصدمات كبيرة في القيم الأخلاقية والبيئية والإجتماعية .

وربما نجد خير دليل علي ذلك ، ما نشاهده من ظاهرة الأمراض الحديثة ، والتي تظهر في مشكلات الإدمان والمخدرات والأيدز علي سبيل المثال ، فإن أسباب حدوثها الرئيسية ، تكن في طبيعة العوامل الإجتماعية ، والقيم الأخلاقية ، والتي تسهم في تكوينها ومظاهرها وأعراضها ونتائجها السلبية . ولم تستطع المعالجات الطبية الإكلينيكية البحتة التصدي لهذه المشكلات ، أو التعرف علي أسبابها الأساسية ، ولماذا تختلف درجة إنتشارها في مجتمعات نون أخرى ، أو نتيجة زيادة معدلات حدوثها وأثارها في بيئات محلية داخل المجتمع الواحد . إن أهمية دراسة العوامل الإجتماعية والقيم الروحية والأخلاقية ، ونوعية الواقع الإقتصادي والثقافي ،

والحضاري ، تعتبر من العوامل الهامة التي يسعى لتحليلها علم الاجتماع وغيره من العلوم الاجتماعية في الوقت الراهن ، للتعرف علي وسائل أكثر فاعلية لعلاج مثل هذا النوع من المشكلات .

حقيقة ، إن إسهامات وإهتمامات علم الاجتماع تركزت منذ نشأته الأولي علي دراسة مشكلات المجتمع الحديث ، وتحليل الظروف والتغيرات المتعددة المصاحبة له . فلقد جاءت تحليلات رواد علم الاجتماع الأوائل ، من أمثال أوجست كونت A. Comte ، وأميل ديكويم E. Durkheim ، وماكس فيبر M. Weber ، وهيربرت سبنسر H. Spencer بدراسة مشكلات إجتماعية مثل الإنتحار Suicide ، والسياسة الاجتماعية Social Policy ، والرعاية الاجتماعية Social Welfare وغيرها . وركز الرعيل الثاني من علماء الاجتماع من أمثال روبرت ميرتون R. Merton ، وتالكوت بارسونز T. Parsons ، وروبرت بنكس R. Bendix ، ونيل سملسر N. Semelser وغيرهم ، علي دراسة الوظائف الظاهرة والكامنة Latent Function & Manifest Function للظواهر والمشكلات الاجتماعية ، وتحليل الأنوار الاجتماعية ولاسيما دور المرض Sick Role ، والمؤسسات الاجتماعية Social Institutions وغيرها . ومن ثم ، جاءت هذه التحليلات لتركز علي دراسة مشكلات إجتماعية ظهرت في المجتمع المعاصر واهتم بها علماء الاجتماع بصورة واقعية .

ومنذ بداية الستينات ، تطورت إهتمامات علماء الاجتماع المحدثين ، وركزت علي ضرورة معالجة المشكلات الاجتماعية وربطها بنوعية السياسات والبرامج الاجتماعية ، التي يجب تكريسها لها بالفعل . ولقد تمثلت هذه الإهتمامات في كتابات كل من مارشال Marchall وتونسند Townsend ، وتيتموس Titmus ، وسافيل Sevielle ، وليفنجستون Livingstone ، وباركر Parker وغيرهم . ولقد تبلورت هذه التحليلات في إطار أحد فروع علم الاجتماع المتخصصة والتي تسمى سوسيولوجيا الرفاهية Sociology of Welfare ، وبدأت تتركس جهود علماء

الإجتماع ، نحو أهمية تحليل المشكلات الإجتماعية ، في إطار ما يطرح لها من وسائل وأساليب تقوم علي أسس علمية حديثة ، وتتبلور في صورة مجموعة من البرامج والسياسات والإستراتيجيات العامة ، التي تهدف للحد من مشكلات المجتمع الحديث ، وتقديم العلاج لها ، بصورة تتلاءم مع طبيعة الواقع الإجتماعي الذي نشأت فيه .

ومن هذا المنطلق ، ظهرت مداخل ومنظورات سوسيولوجية عديدة لعلم الإجتماع ، سعت لدراسة كل من المشكلات الإجتماعية ونوعية السياسات والإستراتيجيات التي يجب تقديمها لها . فبعض تلك المداخل ركز علي سياسات الإصلاح أو الهندسة الإجتماعية Social Engineering ، وأخرى اهتمت بضرورة تقديم الرعاية الشاملة Comprehensive Cares ، وأكدت البعض علي مدخل حقوق المواطنة Citizenship Rights ، وزيادة الولاء والانتماء والتضامن الإجتماعي Social Solidarity ، والمسئوليات الجمعية Collective Responsibilities . وبالرغم من الإنتقادات التي توجه لكل من هذه المداخل علي حدة ، وتباينها حول سبل وأساليب معالجة مشكلات السياسة الإجتماعية وقضاياها المختلفة ، إلا أنها جميعاً تؤكد علي ضرورة الأخذ بسياسات الرعاية الإجتماعية ، والتصدي لمشكلات المجتمع ، والعمل علي وضع إستراتيجيات مخططة للحد من أثارها السلبية ، وتقديم الحلول العلاجية لها .

ولمى حقيقة الأمر ، وبالرغم من أهمية هذه التحليلات السوسيولوجية والتطورات العلمية ، التي تركزت علي ضرورة التصدي لمشكلات المجتمع الحديث ، ومعالجة قضايا السياسة الإجتماعية بصورة عامة . إلا أن معظم تلك الإهتمامات والمعالجات لعلماء الإجتماع قد ركزت بالفعل علي دراسة الواقع الإجتماعي للمجتمعات المتقدمة ، ولم تحظ المجتمعات النامية ، بنوع من الإهتمام بدرجة ملحوظة لدراسة مشكلاتها وقضايا السياسة والرعاية الإجتماعية المتعددة . وهذا يكشف عن

نواح متعددة لقصور علم الإجتماع وأزمته المعاصرة ، وغياب معالجاته لقضايا المجتمع النامي بصورة واضحة .

وفي الواقع ، لقد جاء إهتمامنا الحالي بدراسة إحدى مشكلات المجتمع الحديث ، وهي مشكلة الإعاقة والمعوقين ، للتعرف علي إسهامات علم الإجتماع والسياسة الإجتماعية وغيرها من العلوم الإجتماعية الأخرى في دراسة هذه المشكلة ، وتحديد أسبابها ونتائجها ، وطبيعة الإتجاهات الأيديولوجية والقيم البيئية والإجتماعية التي تفسرها ، وكيفية التصدي لها ورفع المعاناة عن الفئات الإجتماعية غير القادرة من المعوقين ، وذلك علي أسس علمية حديثة . خاصة ، بعد أن تفاقمت نتائجها وآثارها بصورة ملحوظة في السنوات الأخيرة ، وهددت جميع الفئات الإجتماعية الأخرى ، وتتنوع العوامل البيولوجية والوراثية والإجتماعية والأخلاقية والبيئية الثقافية والحضارية ، المسببة لحدوثها بصورة عامة .

علوة علي ذلك ، يعكس إهتمامنا لمعالجة مشكلة المعوقين ولإبعادها الحقيقية علي المستوى العالمي من ناحية ، والعالم النامي من ناحية أخرى . خاصة ، بعد أن شهد العالم منذ بداية عقد الثمانينات تحولاً ملحوظاً نحو دراسة هذه المشكلة ، وتقديم سبل الرعاية اللازمة للمعوقين وتأهيلهم ، وإعتبارهم من الفئات الإجتماعية التي حرمت كثيراً من أنماط الرعاية الحقيقية والضرورية لفترات طويلة . كما جاء هذا الإهتمام ، بعد أن أثبتت الإحصاءات العالمية ، بأن نسبة المعوقين بلغت ١٠٪ من إجمالي سكان العالم ، كما تصل هذه النسبة إلي ١٣ - ١٥٪ في المجتمعات النامية . ومن هذا المنطلق ، جاء إعلان الأمم المتحدة وإعتبار عام ١٩٨١ عاماً دولياً للمعوقين ، تنويعاً لتغيير إتجاهات الرأي العام العالمي نحو الإعاقة والمعوقين ، وإذناً بتكريس الجهود الإقليمية والعالمية نحو تحقيق المزيد من التعاون ، من أجل رعاية وتأهيل المعوقين وتقديم أنماط الرعاية اللازمة لهم .

ومما هو جدير بالذكر ، أن مشكلة المعوقين في مجتمعات العالم الثالث ترتبط ارتباطاً أساسياً بقضايا التنمية ومشكلاتها المتعددة ، فارتفاع نسبة الإعاقة والمعوقين إلى هذه النسبة العالية ، والتي تصل أحياناً إلى ٢٠٪ من إجمالي عدد السكان في الدول الأكثر تخلفاً . تعد إهداراً حقيقياً لطاقات التنمية وأهم عناصرها الحقيقية وهي الموارد البشرية Human Resources . وهذا ما يؤكد بالفعل علماء الاقتصاد والتنمية في الوقت الحاضر ، وتركيزهم على العامل البشري ، كأحد الموارد الأساسية لعمليات الإنتاج ومقوماته العامة . ومن هذا المنطلق ، تعمل العديد من دول العالم الثالث جاهدة لتطوير سياساتها الاجتماعية ، نحو تقديم سبل أفضل لعلاج المعوقين وتأهيلهم ، والإستفادة من طاقاتهم وإمكاناتهم البشرية.

ومن ثم ، فلقد كانت تأكيدات علماء الاجتماع والسياسة الاجتماعية وغيرهم من العلوم الاجتماعية على ضرورة السعي لإدماج Internalization المعوقين في عمليات التنمية ، وعدم إهدار الطاقات البشرية لنسبة كبيرة من حجم السكان . ولقد طرحت بالفعل بعض الإستراتيجيات التي اهتمت الدراسة بمعالجتها من الناحية النظرية والإمبريقية الميدانية ، وعلى ضرورة الأخذ بالتخطيط الإجتماعي Social Planning ، لإدماج المعوقين في المجتمع ، والعمل على تغيير الإتجاهات ، والقيم ، والأيدولوجيات العامة ، نحو الإعاقة والمعوقين ، وتحديث الوعي الإجتماعي والصحي والثقافي والحضاري بصورة عامة ، عن طريق تطوير عمليات التنشئة الإجتماعية Socialization Processes ، والمؤسسات الإجتماعية ، والإهتمام بدور وسائل الإعلام أو ما يعرف بوسائل الإتصال الجماهيري Mass- Communcation .

وانطلاقاً من أهمية وأبعاد مشكلة المعوقين ، وخاصة في مجتمعات العالم الثالث ، كرست هذه الدراسة أهدافها لتحليل أهم سياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين ، وذلك على المستويين النظري والأمبريقي : فلقد حرصت الدراسة منذ البداية ، على تحليل التراث النظري لمشكلة المعوقين ، والذي جاء في جزئها الأول

ويتضمن ستة فصول أو مباحث أساسية ، ركز (الأول) منها علي تحليل إسهامات علماء الاجتماع فيما يتعلق بقضايا الرعاية الاجتماعية وسياساتها المختلفة ، ودراسة أهم المفاهيم والتصورات الأساسية التي تتداخل مع عملية الرعاية الاجتماعية ومستويات الرفاهية المختلفة . ثم معالجة ، أهم المداخل والمنظورات السوسيولوجية ، التي تناولت قضايا الرعاية الاجتماعية ومشكلاتها المتعددة ، مثل منخل الإصلاح والهندسة الاجتماعية ، والرعاية الشاملة ، والتحول نحو والتصنيع ، والمدخل الاشتراكي والوظيفي وغيرهم . ثم ، دراسة قضايا السياسة الاجتماعية واهتمامات علم الاجتماع في الدول النامية .

ويتناول (المبحث الثاني) ، تحليلاً لأبعاد وحجم مشكلة المعوقين ، وكيفية إرتباطها بمشكلات وسياسات الرعاية الاجتماعية والتطورات التاريخية ، التي طرأت علي جوانب هذه المشكلة ، وذلك في إطار ثلاثة مستويات وهي أولاً ، المستوى العالمي ، وكيفية تغير النظرة المجتمعية إلي الإعاقة والمعوقين عبر العصور التاريخية ، بدءاً بالعصور القديمة وماراً بالعصور الوسطي حتي وصولها إلي ما هو عليه الآن في العصر الحديث . وإلى أي حد تغيرت مؤسسات ومراكز تأهيل المعوقين ، وارتبطت بنوعية السياسات الاجتماعية بصورة عامة . ثانياً ، المستوى العربي ، فلقد كشفت الدراسة عن أنماط الرعاية الاجتماعية في العصور الفرعونية القديمة ، ثم العصور الإسلامية التي اتسمت بالعديد من مظاهر رعاية وتأهيل المعوقين دون غيرها من المجتمعات الأخرى وما هي واقعية الرعاية الاجتماعية في العالم العربي في الوقت الراهن . وثالثاً : المستوى الخليجي . باعتبار أن مجتمع الدراسة الحالية ، ركز علي دراسة إحدى المجتمعات الخليجية - وهي سلطنة عمان - فحرصت الدراسة علي تحليل - أهم أبعاد وحجم مشكلة المعوقين في هذه المجتمعات بصورة خاصة ، ومدى إرتباطها بالتغيرات الإقليمية والعربية والعالمية .

أما المبحث الثالث ، فيناقش تعريف الإعاقة وتصنيفات المعوقين ، وأهم المفاهيم التي تتداخل مع الإعاقة مثل العجز ، والإصابة وغيرها ، وكيف تناولت تحليلات الباحثين والمهتمين بقضية المعوقين هذه المفاهيم المختلفة ؟ وماهي أهم الإنتقادات التي وجهت إلي النظرة التقليدية لمفهوم الإعاقة ؟ وكيفية تحديث هذا المفهوم ليتلائم مع طبيعة الإعاقات الاجتماعية الأخرى التي تزايدت في المجتمع الحديث ، مثل المنحرفين والأحداث والممننين وغيرهم من الفئات الاجتماعية الأخرى؟. ثم إلي أي حد يمكن الإستفادة من عمليات تصنيف المعوقين ، حسب نوعيات الإعاقات وأسبابها ، وطبيعة القدرات والطاقات المختلفة للمعوقين ؟ وكيف يمكن تحديد هذه الإعاقات لتقييم أنماط العلاج والتأهيل اللازمة . وعالج ، المبحث الرابع ، أسباب الإعاقة وحنوئها ، وأهم العوامل التي تشكلها مثل العوامل البيولوجية والوراثية والإجتماعية ، والأمراض المعدية وغير المعدية الأخرى مثل التراكوما ، وسوء التغذية ، والإدمان والمخدرات وأخيراً الإيدز . وكيف ارتبطت هذه الأمراض بالبيئة الإجتماعية والأيكولوجية وساهمت في إرتفاع نسبة المعوقين ؟ ثم ، تحليل أهم الآثار الناتجة عن الإعاقة سواء علي الفرد وأسرته أو علي المجتمع ، خاصة الآثار النفسية والإجتماعية والإقتصادية وغيرها ؟

ويركز المبحث الخامس ، علي دراسة عمليات التأهيل وتعريفاتها المختلفة ، ومدى إرتباط مفهوم التأهيل بالعديد من المفاهيم الأخرى مثل التوافق ، والتكيف ، والتعليم وغيرها . كما يهتم بمعالجة ، مستويات وبرامج رعاية المعوقين ، وكيفية الحد من الإعاقة والوقاية منها ، ثم ، تحليل أهم الفئات المهنية والفنية ، التي تقوم برعاية عالم الإعاقة والمعوقين وعمليات التأهيل النفسي ، والإجتماعي ، والتريوي ، والمهني والطبي العلاجي . بالإضافة إلي أهم الشروط والخطوات الأساسية التي تستلزمها هذه العمليات . كما يتناول أيضاً ، أهم مؤسسات ومراكز رعاية وتأهيل المعوقين والتي تنوعت في المجتمع الحديث بصورة ملحوظة . ويناقش ، المبحث السادس ،

أهم الأفكار والتصورات الهامة ، حول سياسات التخطيط لرعاية وإدماج المعوقين في المجتمع ، وبماهي أهم الإستراتيجيات ، التي سعت للتركيز علي أهمية التخطيط الإجتماعي الشامل ، ودوره في تحقيق أهداف عملية إدماج المعوقين ، والإستفادة منهم في عمليات التنمية ، والعمل علي إستثمار هذه الطاقات البشرية بصورة واقعية ، بما يتناسب مع قدرات المعوقين ومجتمعاتهم ، ونوعية خطط التنمية الإقتصادية والإجتماعية .

أما الجزء الثاني (والميداني) للدراسة ، فإنه يتضمن الفصول أو المباحث من السابع إلي العاشر ، حيث يركز المبحث السابع ، علي الإستراتيجية المنهجية للبحث ، مشيراً إلي أهم أهداف الدراسة وتساؤلاتها ، وأسباب إختيار عينة البحث من المعوقين والعاملين والمستقلين ، وأهم مراكز ومؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين ، التي أجريت عليها الجانب الميداني من الدراسة . ثم ، تناول أهم الطرق وأنواع وأساليب جمع البيانات الميدانية وتحليلها . أما المبحث الثامن ، فإنه يعالج التعريف (بمجتمع الدراسة) ، وهي سلطنة عمان ، وأهم التطورات الإجتماعية والإقتصادية التي تمكس سياسات الرعاية الإجتماعية بها منذ عام ١٩٧٠ وحتى الوقت الحالي . والإشارة إلي عدة مراحل أساسية ، تبرز أهم عمليات الرعاية الإجتماعية للمعوقين بصورة خاصة ، وإلي أي حد أصبحت هذه المشكلة من أهم المشكلات التي تؤثر علي عمليات التنمية وطاقاتها البشرية .

كما يتناول المبحث التاسع من الدراسة ، عرضاً تحليلياً لأهم نتائج الدراسة الميدانية وشواهدا الإمبريقية ، ومركزاً علي خصائص عينة البحث من المعوقين وطبيعة موطنهم الأصلي ، وبيئتهم الإجتماعية والحالة الإقتصادية والتعليمية والمهنية ، وعلاقتها بلسباب حدوث الإعاقة ، وغير ذلك من المتغيرات البيئية والسلوكية والمجتمعية الأخرى . ثم تحليل ، طبيعة الوعي الإجتماعي والصحي نحو الإعاقة والمعوقين ، وتقييم عمليات التأهيل ونوعية الأداء الوظيفي والمهني للعاملين،

وطبيعة الخدمات التي تقدم بالفعل في مؤسسات ومراكز تأهيل المعوقين ، علاوة على ذلك ، معالجة أهم المشكلات والمعوقات التي تواجه طبيعة العمل بهذه المؤسسات ، وكيفية التخطيط لتحسين مستويات التأهيل وتقديم خدمات أفضل للمعوقين والعمل على إدماجهم في المجتمع . أما المبحث العاشر والأخير ، فإنه يركز على عرض أهم نتائج الدراسة وتوصياتها المختلفة ، والتي توصلت إليها التحليلات النظرية والإمبريقية الميدانية للدراسة ، ونود أن تكون مرشداً هاماً ، ويستفاد منها في عمليات التخطيط والإعداد لسياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين سواء في السلطنة أو غيرها من مجتمعات العالم النامي في المراحل الراهنة أو المستقبلية .

➤ وأخيراً ، يجب أن نشير هنا ، إلى أن هذه الدراسة ماهي إلا - دراسة متواضعة - ، نأمل أن تسهم في إثراء مجال الدراسات الاجتماعية حول رعاية المعوقين وسياسات الرعاية الاجتماعية للفئات الاجتماعية الأخرى ، وخاصة في دول العالم الثالث ، التي تسعى إلى النهوض بمستويات التنمية الشاملة ، وتحسين كفاءة مؤسساتها وتنظيماتها الاجتماعية المختلفة ، حتى تفي بتقديم الحاجات الأساسية والضرورية لفئاتها الاجتماعية ، وتعمل على زيادة روح الولاء والانتماء والتضامن الاجتماعي ، وذلك عن طريق تبني سياسات وإستراتيجيات للتنمية الشاملة ، تقوم أساساً على التخطيط الاجتماعي العلمي . ومن ثم ، تجنى أهمية هذه الدراسة ، بأنها أجريت على إحدى المجتمعات العربية الخليجية النامية ، والتي تتدر حولها مثل هذا النوع من الدراسات بصورة نهائية ، كما تسهم أفكارها وتصوراتها العامة لتكون مجالاً للبحث والتحليل والمناقشة ، من جانب المهتمين والقائمين على وضع سياسات التخطيط والرعاية الاجتماعية .

ومما هو جدير بالذكر ، أن هذه الدراسة كان قد خطط لها مسبقاً خلال مراحل إعدادها الأولى ، بأن تشمل دراسة سياسات الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين ، ولكنها اقتضرت بعد ذلك على الإهتمام فقط بالجوانب الاجتماعية ، نظراً

لظروف السفر المفاجئ للدكتور / علي السيد سليمان ، والذي كان ميوف يعالج الجانب النفسي . وفي النهاية ، يسعدني أن أشكر كل الذين ساهموا في هذه الدراسة ، وأخص بالشكر الأستاذة / نبيلة حبشي خبيزة الأمم المتحدة بمؤارة الشؤون الإجتماعية والعمل بسلطنة عمان ، وإلى جميع أفراد العينة من المعوقين وأسرتهم والعاملين والمستولين ، التي أجريت عليهم الدراسة بمؤسسات ومراكز رعاية المعوقين والمديرية العامة لشؤون المرأة والطفل . كما أشكر ، إدارة جامعة السلطان قابوس علي سرعة موافقتها الإيجابية للباحث بإجراء هذه الدراسة ، وإلى الأخوة الزملاء بقسم الإجتماع لمشورتهم العلمية القيمة . ويسعدني أن أشكر في النهاية ، الأخ الزميل / يديوي علام بمركز البحوث لمساعدته وإرشاداته الهامة لي ، لإكمال وتحليل بيانات الدراسة عن طريق الحاسب الآلي بجامعة السلطان قابوس .

والله ولي التوفيق ..

عبد الله محمد عبد الرحمن

مستط

الجزء الأول : الجانب النظري للدراسة

المبحث الأول : علم الإجتماع وقضايا الرعاية الإجتماعية وسياساتها .

المبحث الثاني : أبعاد وحجم مشكلة المعوقين .

المبحث الثالث : تعريف وتصنيف المعوقين .

المبحث الرابع : أسباب الإعاقة والآثار الناتجة عنها .

المبحث الخامس : عمليات التأهيل ورعاية المعوقين .

المبحث السادس : سياسات التخطيط ورعاية المعوقين .

المبحث الأول

علم الاجتماع وقضايا الرعاية الاجتماعية وسياساتها

تمهيد :

(١) مفاهيم وقضايا أساسية .

(٢) المنظورات السوسيولوجية في دراسة السياسة الاجتماعية .

(٣) قضايا السياسة الاجتماعية وعلم الاجتماع في الدول النامية .

تعقيب .

تمهيد :

إرتبطت دراسة سياسات الرعاية الإجتماعية ، بإهتمامات العديد من الباحثين والمهتمين بالعلوم الإنسانية منذ منتصف هذا القرن ، كما كانت مصدراً لإهتمام القائمين علي وضع برامج الرعاية وصناع القرارات للسياسات الحكومية سواء في الدول المتقدمة أو النامية علي حد سواء . وجاءت تلك الإهتمامات لتعبر عن تحليل واقعي للعديد من المشكلات ، التي زادت بصورة ملحوظة في السنوات الأخيرة ، ولتشير بوضوح إلي عمق التغيرات البنائية والوظيفية التي حدثت علي كل من البناءات والنظم الإجتماعية . وما من شك ، فلقد أصبحت قضية السياسة الإجتماعية إحدى القضايا الهامة التي تتعرض للعديد من مجالات الحياة الإجتماعية الأساسية مثل : التعليم ، والصحة والعلاج ، والإسكان ، وغيرها من المجالات الأخرى . كما تعبر في نفس الوقت ، عن دراسة طبقات أو فئات إجتماعية معينة ، مثل الفئات العاملة ، ورعاية المسنين ، والأحداث ، والمعوقين وغيرها من الفئات الإجتماعية التي تحتاج إلي رعاية خاصة أو مميزة .

وفي الواقع ، أن تحليل سياسات الرعاية الإجتماعية ، تمتد جنورها ليس فقط في عالمنا الحديث أو المعاصر ، بقدر ما كانت هناك مجتمعات قديمة إرتبطت ظروفها الإقتصادية والإجتماعية والدينية بإطار سياسات إجتماعية معينة ، وإهتمت فيها بالفعل بألوان متعددة من الرعاية الإجتماعية ، وتقديم الكثير من المساعدات وسبل العناية بالفئات الإجتماعية الفقيرة وغير القادرة . ومن ثم ، أصبحت دراسة قضية الرعاية الإجتماعية عبر العصور التاريخية ، إحدى المعالجات الهامة لفهم تلك القضية وتطورها في الأزمنة التاريخية الماضية ، حتي أن وصلت إلي ما هي عليه في الوقت الحاضر .

وتعكس لنا تحليلات تراث الرعاية الإجتماعية وسياساتها المختلفة في العصر الحديث ، بأن هناك تمايزاً واضحاً بين الدول المتقدمة والنامية ، ويرجع ذلك التمايز

لتباين الاختلافات الأيديولوجية والثقافية والدينية التي توجد في واقع تلك المجتمعات، ونظرتها الحقيقية لطبيعة مشكلاتها الاجتماعية ، وسبل التخطيط والإعداد لها ، وكيفية معالجتها لتلك القضايا للتخفيف من حدتها وأثارها السلبية . علاوة على ذلك ، يكشف ذلك التمايز عن تباين ملحوظ في نوعية السياسات الاجتماعية ، ونظرتها الفعلية نحو تقديم كافة ضروريات الحياة ، أو ما يعرف بالحاجات الأساسية Basic Needs ، إلى جميع الفئات الاجتماعية ، وخاصة التي تحتاج منها لتلك الحاجات الضرورية .

وفي حقيقة الأمر ، إن دراسة قضية سياسات الرعاية الاجتماعية ، من القضايا الهامة التي لم تنل إهتمامات ملحوظة من قبل العاملين في مجال العلوم الاجتماعية بالمقارنة بغيرها من القضايا الأخرى . وساهم في ذلك ، عجز الأساليب المنهجية التي تتناول قضية سياسات الرعاية الاجتماعية ، ودراستها بصورة واقعية . كما يرجع ذلك بالطبع ، إلى غياب الأطر النظرية والتصورية ، التي توجه إهتمامات الباحثين ونقطة إنطلاقهم الأساسية ونوعية أساليب البحث المنهجية ، التي يعتمدون عليها عند معالجتهم لتلك القضية على مستوي البعدين ، النظري والتطبيقي معاً .

وعموماً ، سوف نركز إهتمامنا الحالي ، لمعالجة بعض القضايا التي تتداخل مع قضية سياسات الرعاية الاجتماعية ، وخاصة تلك التي تتعلق بمفاهيمها وتعريفاتها الأساسية ، والأطر النظرية والتصورية الهامة ، التي يعتمد عليها المهتمون بها مثل ، علماء الاجتماع ، والخدمة الاجتماعية ، والسياسة الاجتماعية . ثم ، نسعي لدراسة قضية سياسات الرعاية الاجتماعية في العالم الثالث ، وأخيراً ، عرض وجهة نظر مختصرة حول العلاقة بين أزمة علم الاجتماع الراهنة والإهتمام بقضية سياسات الرعاية الاجتماعية .

(١) مفاهيم وقضايا أساسية :

يعتبر مفهوم السياسة الاجتماعية Social Policy من المفاهيم التي تتداخل مع غيرها من مفاهيم أخرى ، والتي تتباين معالجتها حسب تناول الباحثين واستخداماتهم لها في دراساتهم النظرية والتطبيقية . فنجد علي سبيل المثال ، أن هناك تداخلاً بين مفهوم السياسة الاجتماعية ومفاهيم أخرى مثل ، الإدارة الاجتماعية Social Administration ، والخدمة الاجتماعية Social Services ، والرعاية الاجتماعية Social Welfare ، والتأمينات الاجتماعية Social Security ، وغير ذلك من مفاهيم متعددة .

وهذا ما يؤكد عليه بالفعل أحد مؤسسي علم السياسة الاجتماعية ورائدها الأول ريتشارد تيتموس R. Titmuss ، وعلي أهمية دراسة السياسة الاجتماعية في مضمونها العام ، واستجابة المجتمع لها من الناحية الواقعية ، وتحديد كل من الأهداف والمشاكل والحاجات الاجتماعية التي تسعى لتحقيقها ^(١) . وإذا يجب علينا ، عند دراسة قضية السياسة الاجتماعية أن نحدد بوضوح ، مبادئها وعناصرها وأهدافها الأساسية ، وما هي مجالات الحياة والتنظيمات الاجتماعية التي تمارس فيها ، أو ما يطلق عليه عموماً بعملية "الهندسة الاجتماعية" Social Engineering ، وما تتطلبها تلك العملية من أساليب ومناهج مختلفة ، وإجراءات إدارية وتنظيمية أيضاً .

ومن هذا المنطلق ، فإن دراسة سياسات الرعاية الاجتماعية ، ترتبط بالضرورة بالعديد من القضايا الأخرى التي تتداخل معها مثل ، القضايا السياسية ، والأخلاقية ، والدينية والاجتماعية ، والتي ترتبط بصورة مباشرة وغير مباشرة بطبيعة مشكلة السياسة الاجتماعية . ولهذا ، يجب علينا عند تحليل مفهوم السياسة الاجتماعية ^(٢) ، أن نتساءل ، ما نقصده بالتحديد من ذلك المفهوم ؟ ولأن تكون تلك السياسة أو توجه إليه ؟ . وإذا نجد أن مفهوم أو مصطلح السياسة Policy ، يشير

إلى " المبادئ والعناصر الأساسية التي توجه مباشرة لتحقيق غايات وأهداف واضحة" (٣). ولهذا نرى ، أن هذا المصطلح يشير إلى كل من الوسائل ، والغايات ، علاوة على ذلك ، أنه يتضمن عناصر أخرى مثل التغيير ، والمواقف ، والنظم ، والممارسات ، والسلوك أيضاً .

ويتضح من ذلك ، أن مفهوم السياسة الاجتماعية ، لا يكون ذا معنى ، إلا في إطار المجتمع ، أو الجماعة ، أو التنظيم التي توجد فيه ، كما أن السياسة الاجتماعية ، توجه أساساً لإحداث تغييرات ملموسة في المجتمع ، وبالمطبع ، يظهر ذلك بوضوح ، إذا ما حاولنا فهم الأسباب التي حالت دون تبني سياسات معينة من الطقس ، على سبيل المثال . فالمجتمع البشري مازال غير قادر على تحقيق ذلك ، ولكن يمكن أن يكون لدينا سياسات لرعاية المستن أو الأطفال أو الأيتام مثلاً . لأننا نملك القدرة والتأثير على تلك الفئات ، وتغيير مظاهر حياتهم سواء أكان ذلك سلبي أم إيجاباً . ولكن هذا يعتمد بالضرورة ، على مدى فهم وتوجيه السياسات الاجتماعية تجاه هذه الفئات الاجتماعية في المجتمع . ومن ثم ، نجد أن مفهوم السياسة الاجتماعية ، يستخدم أساساً ليشير بوضوح إلى حقيقة الأفعال الموجهة وحل مشكلات اجتماعية معينة .

ويضيف في هذا الصدد ، أحد الرواد الكلاسيكيين لعلم السياسة الاجتماعية ، وهو ت . مارشال T. H. Marshall في كتابه الممنون "بالسياسة الاجتماعية في القرن العشرين" (٤) ، مشيراً إلى أن مفهوم السياسة الاجتماعية من المفاهيم التي تستخدم إستخداماً واسعاً ، ولذا جعل هناك صعوبة حول وضع تعريف واحد لها ، لأن ذلك يرجع إلى محتوى السياسة الاجتماعية ، وطبيعة أهدافها وأساليبها ، ونوعية المجتمعات التي تطبق فيها ، وواقعها السياسي والاقتصادي والإقتصادي . ومن ثم ، يجب على الباحث عند دراسة مفهوم السياسة الاجتماعية ، أن يسعى في نفس الوقت ، بالأخذ بالتعريفات الدولية الشائعة للتداول حول مفهوم السياسة الاجتماعية ،

والتي أصبحت من المفاهيم المتعارف عليها ، مثال ذلك ماحدده بالفعل منظمات الأمم المتحدة ، وخاصة منظمة العمل الدولية International Labour Organization للسياسة الإجتماعية ، والتي تشير للأمن الإجتماعي Social Security ، ووضع الأساليب اللازمة من أجل الحفاظ علي الدخل الفردي ، أثناء فترات المرض ، والبطالة ، والشيخوخة ، والخلافات الأسرية ، وتوفير الرعاية الصحية اللازمة .

ومن ثم ، نجد أن مفهوم السياسة الإجتماعية ، يرتبط بالعديد من السياسات العامة خاصة في الدول المتقدمة ، وتشمل سياسات الرعاية الصحية ، والتأمينات الإجتماعية ، وتوفير السكن اللائق ، وغيرها من السياسات التي تؤدي لتحقيق الرفاهية ، ككل . علاوة علي ذلك ، نجد أن " مارشال " يؤكد علي أهمية خدمات المجتمع المحلي Community Services ، كأحد العناصر الأساسية ، التي تكون السياسة الإجتماعية ، والتي تشير إلي تقديم الخدمات الضرورية ، وتسعي للحفاظ علي علاقات الجيران ، والطبيعة الإجتماعية المناسبة ، والتي تشبع إحتياجات سكان المجتمع المحلي بصفة عامة . ومن ناحية أخرى ، فإن خدمات المجتمع المحلي ، باعتبارها جزءاً هاماً من عناصر السياسة الإجتماعية ، تتناول قضايا أخرى ترتبط بواقع المجتمع ، مثل قضايا الصحة المحلية Community Health ، والتنمية المحلية Community Development وغيرها من القضايا المتعددة .

وهكذا ، نجد أن "مارشال" يركز علي أهمية تحديد مفهوم السياسة الإجتماعية، في ضوء الأهداف التي وضعت من أجلها مثل التأمينات الإجتماعية ، والصحة، والتعليم ، والرفاهية بصفة عامة . وتعتبر عملية تحقيق الرفاهية ، أكثر الأهداف أهمية ، لأنها الهدف الأساسي لكل غايات السياسات الإجتماعية . وعلاوة علي ذلك ، فإن العلاقة بين السياسات الإجتماعية وتحقيقها لأهداف محددة ، تتحدد في ضوء طبيعة الظروف الداخلية والخارجية للمجتمعات ، التي تسعى لتحقيق غايات

الرفاهية الإجتماعية أو سياسات الرعاية الإجتماعية بصورة أفضل .

وبالرغم من أهمية تحقيق " الرفاهية " Welfare ، باعتبارها أهم الأهداف الأساسية لسياسات الرعاية الإجتماعية ، إلا أن هناك عدداً من العقبات العامة التي تظهر عند دراستها ، ومن أهمها بصورة موجزة (٥) : أولاً ، وهي عموماً مجموعة من العقبات التي قد تثار من أجل ضمان توزيع عادل لخدمات الرعاية الإجتماعية علي كافة المواطنين في المجتمع . ثانياً ، وهي ترجع لعدد من الصعوبات التي تتعلق بطبيعة فهم الدور المتبادل عند توزيع الخدمات والرعاية بين كل من القائمين علي عملية التوزيع أو المستفيدين بالفعل من هذه الخدمات ، ولكي تصل تلك (الخدمات) إلي الفئات الحقيقية ، التي تهدف السياسة الإجتماعية تحقيقها في الواقع . فهناك كثير من القضايا التي قد تظهر حقيقة علي ضوء تلك المشكلة ، فالسياسة الإجتماعية تقدم أنواع متعددة من الرعاية والخدمات ، وموجهة أساساً لخدمة فئات إجتماعية معينة ، ولكن عملية صنع القرار ، لتحديد تلك الخدمات أو توزيعها يتخذ من قبل مجموعة من الأفراد ، قد تكون بعيدة عن فهم الظروف الفعلية لتلك الفئات ، الأمر الذي يترتب عليه الكثير من الجوانب السلبية ، وعدم تحقيق سياسات الرعاية الإجتماعية ، بصورة أكثر فاعلية وكفاءة .

ومن هذا المنطلق ، فإننا نجد حسب ما أشارت إليه تحليلات "مارشال" السابقة ، بأن عملية تحقيق "الرفاهية" وإعتمادها إحدى الأهداف الأساسية لسياسات الرعاية الإجتماعية ، وكيفية تنفيذها بصورة أكثر فاعلية ، ترتبط بطبيعة العلاقة بين كل من الفئات المستفيدة من السياسة الإجتماعية والقائمين علي صنع وإتخاذ القرارات المرتبطة بها . وهذا بالفعل ما إهتمت به الدراسات الحديثة عند تناولها لهذه القضية ، والتي حاولت التركيز بصورة أكثر لتفسير تأثير العوامل المتداخلة ، ليس فقط في عمليات التخطيط والإعداد للرعاية الإجتماعية ، بل أيضاً معرفة العوامل الخارجية الأخرى التي تسهم بصورة مباشرة ، في نوعية أهداف

وغايات السياسات الاجتماعية ذاتها ، ومن بين تلك العوامل ما يسمي بجماعات الضغط Pressure Groups ، التي تؤثر علي تحديد الأهداف العامة للسياسات الاجتماعية . ومن ثم ، فإن تفسير عملية السياسات الاجتماعية وطبيعة أهدافها ، لا يمكن أن يرتبط فقط في إطار فهم الثقة المتبادلة بين كل من فئات المستفيدين والمخططين لها ، بقدر ما يمكن أيضاً في تحليل الأهداف العامة للسياسات الاجتماعية ، ومدى علاقتها بنوعية البناءات والنظم الاقتصادية والسياسية والأخلاقية والدينية التي توجد في المجتمع ذاته .

وفي السنوات الأخيرة ، ظهرت مجموعة من الدراسات في مجال السياسة الاجتماعية ، ركزت علي تحليل هذه القضية ومفاهيمها المختلفة ، ومدى ارتباطها بمفهوم أو قضية المواطنة Citizenship . فنجد علي سبيل المثال تحليلات "جوليا باركر" (١) J. Parker ، تشير إلي أن دراسة سياسات الرعاية الاجتماعية ، ترتبط بعديد من المناقشات والتساؤلات لقضايا أكثر أهمية وحيوية . فلا يمكن فهم السياسة الاجتماعية ، بدون دراسة مدى ارتباطها بقضية القيم Values والأيدولوجيات Ideologies ، التي توجد في أي نظام اجتماعي معين . وهذا يكشف بالطبع ، عن عدد من العوامل الأخرى التي يجب وضعها في الحسبان ، عند تفسيرنا لعملية سياسات الرعاية الاجتماعية ، ومن أهم تلك العوامل ، مضمون التشريعات الاجتماعية ، ونظم الإدارة ونسق المعتقدات ، التي ترتبط بحقوق الفرد Individual Rights ، وطبيعة المسؤوليات الجمعية Collective Responsibilities ، وغيرها من العوامل الأخرى التي تتداخل في عملية تقديم الخدمات العامة وإعتبارها هدفاً عاماً لكل أنماط سياسات الرعاية الاجتماعية . وعموماً ، نجد أن باركر ، سعت لوضع تعريف محدد للسياسة الاجتماعية بأنها "مجموعة من المبادئ العملية والنظرية التي تتحدد في ضوء مظهرين أساسيين هما طبيعة المجتمع وتوليد الخدمات الطبية ، وخدمات الرفاهية ومدى علاقتها بالتنظيم الاجتماعي العام" . (٢)

ومن ثم ، فإن عملية توزيع تلك الخدمات لا يمكن تفسيرها بعيداً عن حقوق المواطنة Citizenship Rights ، والتي تهدف إلى تحسين مستويات المعيشة ، والحالة الصحية والتعليمية ، أو تسعى لخلق نوع من "الثقة المتبادلة" بين الفئات الاجتماعية وبين السلطات الحكومية وطبيعة السياسات والإجراءات التي توضعها الدولة في كافة مجالات نظم الحياة الاجتماعية . ومن ناحية أخرى ، تكشف عملية مناقشة "حقوق المواطنة" عن العلاقة بين تلك الحقوق وعمليات توزيع الخدمات ووسائل الرعاية الاجتماعية المختلفة على أسس ومبادئ مفهوم المواطنة ذاتها ، وإلى أي حد يمكن توفير مستويات ملائمة من الحياة الاجتماعية للأفراد أو الفئات الاجتماعية .

وهكذا ، فإننا نجد أن تحليل مفهوم السياسة الاجتماعية يرتبط بمفاهيم "المواطنة" ، وكيفية الإعراف بشرعية الحقوق الأساسية ، التي يجب أن يتمتع بها المواطن في المجتمع ، والتي بموجبها يمكن تنظيم العلاقات الاجتماعية سواء بين الأفراد أو الفئات ، وبين المجتمع الذي يعيشون فيه . كما تعني "المواطنة" كمفهوم مجموعة من الأسس والمبادئ المحددة ، التي تقوم على ضوئها الخدمات الاجتماعية ، وعملية توزيعها سواء بين الفئات أو المجتمعات المحلية . علاوة على ذلك ، إنه ليس من السهل ، فهم كل من سياسات الرعاية الاجتماعية وإرتباطها "بحقوق المواطنة" إلا في إطار فهم أعم وأشمل ، لنوعية القيم والمعتقدات ونسق الأيديولوجيات العامة ، التي تشكل ليس فقط عملية توزيع الخدمات ، بل أيضاً عملية حقوق المواطنة والإعراف بشرعيتها بصورة عامة .

وربما تعتبر محاولة "ريتشارد تيتموس" من المحاولات الهامة التي سعت لتصنيف التعريفات المختلفة لسياسات الرعاية الاجتماعية ، حيث تبرز أهمية تلك المحاولة في سعيها ، لطرح عدد من النماذج المختلفة المعالجة لمفهوم السياسة الاجتماعية وعلاقتها بالمفاهيم الأخرى . وتظهر أهمية هذه النماذج في تحديدها لكل

من الحقائق الواقعية ، وطبيعة الاختيارات أو البدائل المختلفة ، التي تتعلق بتحديد كل من وظائف وأهداف السياسة الاجتماعية في نفس الوقت . وفيما يلي أهم تلك النماذج : (٨)

(١) النموذج الأول : نموذج الرعاية المؤقتة أو العلاجية :

The Residual Welfare Model.

- ويشير هذا النموذج بإيجاز ، إلى كيفية توفير إحتياجات الفرد بصورة ملائمة، عن طريق توفير مؤسسات الرعاية الاجتماعية بصورة مؤقتة ، وبغرض تقييم حلول علاجية سريعة لطبيعة الإحتياجات الأساسية ، التي تتطلبها الأفراد أو الفئات الاجتماعية المحتاجة . ولقد تناول هذا النموذج بعض علماء الخدمة الاجتماعية من أمثال ريكوك Reacock وغيره ، من الذين ركزوا على أهمية الخدمات الاجتماعية، وتقييم الرعاية لهم بصورة مؤقتة . ولقد ظهر هذا الإتجاه وإطاره النظري أو التصوري في كتابات عدد من علماء الإجتماع البريطانيين من أمثال هيريت سبنسر H. Spencer ، وإنتروبولوجيا مثل رادكليف براون R. Brown ، وعلماء الإقتصاد مثل فريدمان Friedman وهيك Hayek وغيرهم .

(٢) النموذج الثاني : نموذج تحقيق الإنجاز الصناعي :

The Industrial Achievement performance Model.

- ويشير هذا النموذج إلى أهمية دور مؤسسات الرعاية الاجتماعية بإعتبارها من التنظيمات المساعدة للإقتصاد Adjuncts of The Economy والتي تهدف أساساً لتوفير الحاجات الاجتماعية الأساسية ، والتي يتطلب لها مجموعة من العوامل الهامة مثل : إنجاز العمل ، وزيادة الإنتاجية . ويعد هذا النموذج تأييداً كبيراً من قبل العديد من النظريات الإقتصادية والسيكولوجية Economic & Psychological Theories ، التي تقسم أساساً على أسس البؤسات أو

الدوافع Incentives ، والجهد والمكافأة ، وطبيعة الولاء ، الجماعات والفئات الاجتماعية .

(٢) النموذج الثالث : نموذج إعادة التوزيع المؤسساتاتي :

The Institutional Redistributive Model.

- ويعتمد هذا النموذج في تصوره ، علي أن الرعاية الاجتماعية تعتبر إحدى النظم التكاملية الهامة في المجتمع ، والتي تقوم علي تقديم الخدمات الأساسية للأفراد أو الفئات المحتاجة ، فهو يعتمد عموماً علي مبدأ توفير الحاجات الأساسية . ويوجد هذا النموذج الكثير من نظريات التغير الاجتماعي Social Change ، والنظام الاقتصادي Economic System ، محوراً هاماً ومصدراً أساسياً لأفكاره ومبادئه العامة ، التي تعتمد علي مبدأ المساواة الاجتماعية Social Equality ، وعموماً ، يركز هذا النموذج علي انساق التضامن أو التعاون Incorporating Systems ، لإعادة توزيع الخدمات العامة بصورة مستمرة أو مستتية .

وعلي أية حال ، فإننا نرى كيف تكشف هذه النماذج الثلاثة السابقة ، التي تعتبر في حد ذاتها محاولة تصنيفية هامة ، للعديد من الأفكار التصورية والنظريات الفلسفية ، والاقتصادية والسياسية والسوسيولوجية ، والتي تبرز رؤية علماء العديد من العلوم الاجتماعية المختلفة ، التي تناولت قضية سياسات الرعاية الاجتماعية ، بصورة مباشرة أو غير مباشرة . كما أنها تحاول أن تعالج طبيعة التباين في الآراء والتصورات ، حول قضية السياسة الاجتماعية ، وخاصة إرتباطها بانساق القيم والمعتقدات والأيديولوجيات المتعارضة ، وتعتبر بصورة واحدة عن أهمية الاتفاق حول أهداف وغايات سياسات الرعاية الاجتماعية ، وتقديمها للخدمات الأساسية أو الضرورية للفئات أو الجماعات غير القادرة علي مواجهة مشكلات الحياة في العصر الحديث .

وهكذا ، توضح المحاولات السابقة لتحديد مفهوم السياسة الاجتماعية ونماذج الرعاية المقترحة ، التي طرحها وعبرت عنها مجموعة من علماء الخدمة ، والإدارة ، والسياسة الاجتماعية من أمثال ، تيتموس ، ومارشال ، وباركر وغيرهم ، وتحليلاتهم عن مدى تداخل مفهوم السياسة الاجتماعية ، مع العديد من المفاهيم والقضايا الأخرى . وبالرغم من أهمية تلك التحليلات ، واعتمادها في الكثير من الأحيان ، على تصورات وأفكار علماء الاجتماع ، والاقتصاد ، والسياسة ، والأنثروبولوجيا ، إلا أنها لم تؤكد بصورة مباشرة عن إسهامات سوسيولوجية مميزة تجاه قضية السياسة الاجتماعية ، حيث كشفت بصورة غير مباشرة لإهتمامات بعض علماء الاجتماع ونظرياتهم - وهذا ما سوف نعالجه بمزيد من التحليل لاحقاً - إلا أننا نرى في الوقت ذاته ، ظهور بعض التحليلات السوسيولوجية الأكثر حداثة عن تلك التحليلات السابقة ، والتي سعت للمساهمة في توضيح أهم الأفكار والتصورات السوسيولوجية المتعلقة بمفاهيم السياسة الاجتماعية . وربما تعتبر محاولة بيتر تونسنند (١) P.Townsend من أهم المحاولات الجادة ، التي عبرت بدروسه عن القصور الملموس في إسهامات علماء الاجتماع ، حول قضية السياسة الاجتماعية وتعريفهم لها . ولقد سمي " تونسنند " أن يشير بإيجاز ، إلى أن السياسة الاجتماعية تهتم بالإدارة العامة لخدمات الرعاية ، وتطوير تلك الإدارة وتوجيه خدماتها ، التي تقوم بها الدولة أو السلطات المحلية ، ممثلة في خدمات الصحة ، والتعليم ، والتأمينات الاجتماعية ، ومعالجة مشكلات اجتماعية معينة . وتحقيق الأهداف والغايات العامة لسياسات الرعاية .

ويؤكد " تونسنند " أن تراث دراسة قضية السياسة الاجتماعية ، ما زال يعاني الكثير من القصور في تحديد مفاهيماتها وقضاياها الأساسية ، كما أن المحاولات الحالية مازالت محدودة جداً ، في تحديدها لهذا المفهوم ، وبعبء عن النظرة الوظيفية لعملية السياسة الاجتماعية ودورها في المجتمع . ويسهم في ذلك بالطبع ،

بعض العوامل التي ترتبط بعملية السياسة الاجتماعية ، منها إختلاف نوعية الأنشطة الحكومية ، التي تقوم بتقديم خدمات الرعاية الاجتماعية سواء بين المجتمعات المتقدمة أو النامية ، أو داخل المجتمعات ذاتها عبر فترات تاريخية محددة . ولهذا السبب ، يجب معالجة قضية السياسة الاجتماعية ، وتحديد مفاهيمها وقضاياها المختلفة في ضوء الظروف المتغيرة لهذه السياسات ، وفي إطار تحليلات نظريات التغير الاجتماعي وتفسيراتها المتعددة . علاوة على ذلك ، أن السياسات الاجتماعية ، تتعرض بصورة مستمرة للتغيير والتعديل ، أو التدخل المباشر من قبل كل من الأجهزة الحكومية الرسمية ، أو القائمين على تقديم تلك الخدمات ، ويكشف هذا التدخل بدوره عن تباين الأولئاف والأهداف العامة للسياسات الاجتماعية ونتيجة للواقع الاجتماعي والسياسي المتغير في المجتمعات .

وعموماً ، فإننا نؤكد على أهمية تحليل السياسة الاجتماعية في ضوء تباين الأهداف والغايات الاجتماعية المتغيرة بصورة مستمرة ، والتي تعكس طبيعة العوامل الداخلية المجتمعية التي تنفذ فيها هذه السياسات . كما يجب تفسير قضية السياسة الاجتماعية ، في ضوء تباين الأدوار والمراكز سواء للمؤسسات والنظم الاجتماعية ، أو القائمين على تقديم تلك الخدمات ، ونوعية الانساق الثقافية والمعتقدات والقيم والأيدولوجيات ، التي توجد في المجتمعات التي تطبق فيها بالفعل سياسات الرعاية الاجتماعية . كما يجب أن نفهم السياسات الاجتماعية في ضوء التباين الملحوظ بين المجتمعات المتقدمة والنامية ، وإختلاف مستويات الرعاية والرعاية ، وتقديم الخدمات الأساسية والضرورية في تلك المجتمعات . علاوة على ذلك ، يجب أن يهتم علماء الاجتماع ، والإدارة ، والخمة الاجتماعية ، بتحليل أبعاد السياسة الاجتماعية والعوامل المتداخلة فيها وطبيعتها المتغيرة ، ومناقشتها في ضوء قضايا التغير الاجتماعي ، والتخطيط للتنمية Planning for Development ، وعمليات التقييم Evaluation Processes ، وطرح السياسات البديلة Alternative Policies ،

التي تهدف لتحقيق الوسائل والإجراءات الملائمة ، لإنجاز أهداف السياسة الاجتماعية ، وخاصة تقديمها للحاجات الأساسية والضرورية للفئات والجماعات الاجتماعية التي تحتاج المساعدة بالفعل .

(٢) المفطورات السوسولوجية في دراسة السياسة الاجتماعية :

تعتبر دراسة العلاقة بين قضية السياسة الاجتماعية وعلم الاجتماع من الموضوعات التي مازالت تطرح للمناقشة من قبل المهتمين بهذه القضية بعامة ، وعلم الاجتماع بخاصة . وربما أظهرت تحليلات "بيتر تهنسد" السابقة كثيراً من الحقائق الواقعية ، التي تؤكد علي أن البدايات الأولى لدراسة السياسة الاجتماعية ، لم تكن موضع إهتمام علماء الاجتماع الأوائل ، نظراً لظروف متعددة ترجع بالضرورة ، لطبيعة نشأة علم الاجتماع ذاته وإهتماماته الأولى . ولكن نجد في السنوات الأخيرة ، ظهور ، نزعة سوسولوجية قوية ، تؤكد علي ضرورة عدم الفصل بين قضية السياسة الاجتماعية والقضايا الأخرى ، التي يهتم بمعالجتها علم الاجتماع ، وإعتبار تلك القضية (السياسة الاجتماعية) ، من أهم القضايا التي يهتم بها هذا العلم ، ويسمي للتركيز عليها علي البعدين النظري والتطبيقي .

وفي تصورنا الخاص ، لقضية السياسة الاجتماعية والإهتمام بها من الناحية التاريخية ، أن كثيراً من علماء الاجتماع الأوائل تعرضوا لها ، وذلك بصورة مباشرة وغير مباشرة ، بالرغم من أن معظم إهتماماتهم الأولى كانت تسمي لتثبيت علم الاجتماع ، كعلم إجتماعي يعالج قضايا أعم وأشمل من قضية السياسة الاجتماعية . ألا وهي قضية المجتمع الحديث عامة ، أو بالأحرى دراسة قضايا المجتمع الحديث والمعاصر ، والمحاولة لطرح الأطر التصورية أو التحليلية لدراستها ، وهذا ماسوف نهتم به في نهاية تحليلنا لهذه القضية فيما بعد .

ويؤكد علي تصورنا هذا ، بعض تصورات وآراء علماء السياسة الاجتماعية

المبارزين من أمثال (ريتشارد تيتيموس) (١٠) ، حيث يعرض بصورة تحليلية للنشأة التطورية والإهتمام بقضية السياسة الإجتماعية ، والتي لم تكن موضع إهتمام لفئة واحدة فقط من علماء العلوم الإجتماعية ، بقدر ماكان الإهتمام بها ، من جانب علماء الأنثروبولوجيا الأوائل من أمثال راسكيل براون R. Brown ، وأديموند ليش E. Leach ، وعلماء الإقتصاد وعلي رأسهم كينث بولدينج K. Boulding ، وعلماء السياسة مثل لاسالي Lassalle ، والإجتماع وخاصة عند تالكوت بارسونز T. Parsons ، وعلماء الفلسفة كما عند ديفيد هيوم D. Hume وغيرهم . علاوة علي ذلك ، علماء السياسة الإجتماعية مثل ماكبات Macbeath ، وجينزبرج Ginsberg ، وهيجنباخ Hagenbuch ، ولافتي Lafitte ، ومارشال Marshall وآخرون .

ومكذا ، نجد أن النشأة الأولى لقضية السياسة الإجتماعية ، لم تكن قاصرة علي إهتمام فئة واحدة من علماء العلوم الإجتماعية ، حسب ماتؤكد عليه بالفعل تحليلات علماء السياسة الإجتماعية أنفسهم ، بقدر ما كانت موضع إهتمام الكثير من المتخصصين في العلوم الإجتماعية بدون إستثناء ، فلقد شارك في تناول قضية السياسة الإجتماعية علماء الإقتصاد ، والسياسة ، والفلسفة ، والأنثروبولوجيا ، والإجتماع وغيرهم . وهذا في حد ذاته ، يبرهن علي أهمية تبني المدخل التكاملي عند تناول القضايا الإجتماعية ، وتوسيع الإهتمامات المشتركة بين العلوم الإجتماعية والمتخصصين فيها . وهذا في الواقع ، ما أكدت عليه العديد من الدراسات الحديثة والمتخصصة والمهتمة بقضايا الإنسان الحديث ومشكلاته في العصر الحاضر .

ومن هذا المنطلق ، جاءت التصورات السوسيولوجية الحديثة ، لتؤكد علي أن عملية الفصل بين دراسة السياسة الإجتماعية وعلم الإجتماع تعتبر عملية خاطئة تماماً . وربما يتصور البعض ، أن عملية الفصل قد ترجع في أساسها ، لاعتبار أن مفهوم السياسة الإجتماعية أقرب لعلوم أخرى من علم الإجتماع ذاته ، ولاسيما علم السياسة علي سبيل المثال . (١١) أو كما يؤكد البعض ، علي أن تحليلات مفهوم

السياسة الاجتماعية أقرب لإدارة الرفاهية الاجتماعية ، والتي تعتبر حسب وجهة نظرنا ، جزءاً من موضوعات علم الاجتماع الهامة في السنوات الأخيرة . إن ذلك الاعتقاد الخاطئ يرجع تفسيره إلي تصور عدد من المهتمين بتلك القضية ، وإعتبار علم الاجتماع علماً متحرراً للقيمة Value Free ، أو أن علماء الاجتماع ركزوا في تحليلاتهم علي نظريات متقاطعة جداً ، خاصة تلك النظريات التي تهتم بمعالجة التغير الاجتماعي Social Change . فلقد ركزت بعض تلك النظريات ، علي تحليل مظاهر التقدم والإنجاز في المجتمع الحديث وقضاياها المختلفة ، في ضوء تصورات التوازن والإنسجام التام بين النظم الاجتماعية ، أكثر من إهتماماتهم بصورة واقعية للمشكلات الاجتماعية ، وهذا في حد ذاته ماحدث علي سبيل المثال في تحليلات أنصار المدرسة الوظيفية Functionlists .

وفي إطار ذلك ، يؤكد بعض علماء الاجتماع عند دراسة قضايا السياسة الاجتماعية ، ضرورة أن نهتم بتحليل الوسائل والإجراءات اللازمة ، التي عن طريقها يتم تقديم الحلول العلاجية والوقائية ، للعديد من المشكلات الاجتماعية ، والعمل علي إدارة التغيرات الجديدة ، التي تحدث في البناء الاجتماعي ككل . ومن ثم ، فإن السياسة الاجتماعية تعتبر موضوعاً أو جزءاً هاماً وأساسياً من موضوعات علم الاجتماع وقضاياها المعاصرة ، التي يهتم بمعالجتها خاصة عند دراسته لقضايا البناء الاجتماعي وربطها بموضوعات التغير والتنمية الاجتماعية .

وعلي أية حال ، أن هناك الكثير من التحليلات التي تبرهن علي إهتمام علماء الاجتماع في دراساتهم لقضية السياسة الاجتماعية لاعتبارات متعددة ، والتي تشير في صورتها العامة حول تركيز علماء الاجتماع في دراساتهم لقضايا المجتمع ، ومحاولتهم لطرح نظريات تعالج النظام الاجتماعي أو العلاقة المتبادلة بين البناءات والانساق الاجتماعية . وهذا ماحدث بالفعل في تحليلات الرعيل الأول من علماء الاجتماع من أمثال أوجست كوتنر ، وأميل نوركايم ، وهريبرت سبنسر ، وكارل ماركس ، وماكس فيبر وغيرهم (١٢) . وبالرغم من ذلك ، فإن المتعمق في دراسة

إهتمامات هؤلاء العلماء ، يجد أن الكثير منهم إهتم بقضايا السياسة الإجتماعية بصورة مباشرة ، وكانت شغله الشاغل لسنوات طويلة ، وهذا ماحدث بالفعل علي سبيل المثال (لماكس فيبر) وتأسيسه لمنظمة " السياسة الإجتماعية " (١٣) ، التي إهتمت بمعالجة قضايا ومشكلات إجتماعية في المجتمع الألماني خاصة والغربي بعمامة وذلك منذ أواخر القرن الماضي .

وعموماً ، سوف نتعرض حالياً وبصورة موجزة ، لأهم ملامح التراث السوسيولوجي وعلاقته بدراسة قضية السياسة الإجتماعية ، وخاصة أهم التطورات الحديثة التي ظهرت في السنوات الأخيرة ، وكشفت عن المزيد من الإهتمامات السوسيولوجية النظرية والميدانية ، والتي تيرهن في مجملها ، إلي أي حد يمكن اعتبار قضية السياسة الإجتماعية من القضايا والموضوعات الأساسية لعلم الإجتماع ، وفروعه المتخصصة في الوقت الحاضر .

وينبغي علينا قبل تحليل أهم تلك المنظورات السوسيولوجية ، الإشارة إلي حقيقة هامة بشأن عملية تصنيف هذه المنظورات . ففي الواقع ، توجد عدة تصنيفات سوسيولوجية حول قضية السياسة الإجتماعية ، وكل تصنيف منها يعطي مبررات العامة التي يركز عليها عند تناول هذه القضية . ونظراً لتداخل بعض تلك التصنيفات نحاول أن نركزها في نوعين أساسيين هما (١٤) : التصنيفات الأولى: والتي تسمي لتحليل قضية سياسات الرعاية الإجتماعية من منظور واسع ، مشيرة في ذلك لتصورات علماء الإجتماع والمفكرين الإجتماعيين الأوائل ، ورواد السياسة الإجتماعية والتي تعتمد علي أسلوب التحليل التاريخي والتطوري لدراسة السياسة الإجتماعية وأساليب الرعاية . أما التصنيفات الثانية ، فهي لاتبعد كثيراً عن الأولى ، ولكن تركز علي أسس أيديولوجية ، عند تحليل قضية السياسة الإجتماعية ، مشيرة إلي ثلاث منظورات تصنيفية تقليدية في علم الإجتماع عامة ، ألا وهي المنظور الوظيفي ، والمنظور الإشتراكي ، وأخيراً المنظور الليبرالي .

علامة علي تلك الحقيقة السابقة ، فإننا نري أن هناك تداخلاً واضحاً بين تلك التصنيفات من ناحية ، كما توجد تداخلات في التصنيف الواحد ذاته من الناحية الأخرى . ولكن بالطبع ، أن أهمية التصنيفات وقواعدا متعددة فهي ، أولاً ، تساعد علي الدراسة والتحليل وتسهل مهمة الباحثين والمهتمين بقضية السياسة الإجتماعية ، وثانياً ، فاتها تسهم في إثراء البعد النظري والأمبريقي لقضية مازالت موضع نقاش بين علماء الإجتماع والمهتمين بها عموماً .

وعلي أية حال ، سوف نشير إلي التصنيفات الأولى ، نظراً لأهميتها وتركيزها علي قضية سياسات الرعاية الإجتماعية وعرض تراثها الفكري والتاريخي والسوسيولوجي ، واعتبارها إحدى قضايا علم الإجتماع المعاصرة ، بالإضافة إلي تضمينها عناصر التصنيفات الثابتة . وعموماً ، يركز هذا التصنيف علي تحليل التراث السوسيولوجي لدراسة قضية السياسة الإجتماعية في إطار خمسة منظورات أساسية وهي (١٥) :

١ - منظور الرعاية (الإصلاح الإجتماعي) أو الهندسة الإجتماعية

- Welfare of Social Reform or Social Engineering.

٢ - منظور الرعاية الإجتماعية (المواطنة)

- Welfare of Citizenship Perspective.

٣ - منظور التحول نحو التصنيع والرعاية الإجتماعية

- Industrialization and Social Welfare Perspective.

٤ - المنظور الاشتراكي . - The Socialist Perspective

٥ - المنظور الوظيفي - The Functionlist Perspective

ونظراً لأهمية تلك المنظورات سوف نشير إلى أهم عناصر كل منها وعلاقاتها بتحليل قضية سياسات الرعاية الاجتماعية ، وإلى أي حد ساهمت في الإثراء النظري والأبديقي لهذه القضية بصفة عامة وذلك حسب وجهات نظر أصحاب هذه المنظورات المختلفة .

أولاً : منظور الرعاية (الإصلاح الاجتماعي) أو الهندسة الاجتماعية:

يركز هذا المنظور على أهمية البحث الاجتماعي التقليدي وتوجيهه نحو سياسات الإصلاح التي ترجع جذورها إلى نهاية القرن الماضي ، ويمثل هذا الاتجاه حالياً ، تحليلات كل من تيتموس Titmuss ، وتونسند Townsend ، ودينسون Donnison ، وبات Booth ، وويب Weebb وغيرهم في بريطانيا . كما يسعى أصحاب هذا الاتجاه نحو الإهتمام بتوجيه سياسات الإصلاح الاجتماعي وخاصة تنمية المجتمعات المحلية وكافة القطاعات الاجتماعية المختلفة . علاوة على ذلك ، التركيز على أهمية إجراء دراسات مكثفة حول مشكلات إجتماعية معينة ، ووضع حلول لها في إطار سياسات الإصلاح الاجتماعي . وهذا بالفعل ماحدث في الولايات المتحدة وغيرها من الدول الأوروبية ، وذلك منذ منتصف القرن الحالي ، وتكثيف الدراسات الاجتماعية التي تقوم بها الأوساط الأكاديمية والتي تصنف تحت دراسات الإدارة الاجتماعية .

وفي الواقع ، أن جذور هذا المنظور ترجع في الأساس إلى الأعمال التقليدية لأصحاب منحل الإصلاح الاجتماعي والتي تمثلت في أعمال رايت ميلز W. Mills ، وكارل بوبر K. Popper واستخداماتهما لمصطلح السياسة الاجتماعية والهندسة الاجتماعية ، ولقد طور هذا المدخل في الولايات المتحدة تحت ما يطلق عليه بالمنظور الليبرالي Liberal perspective . وترجع أهمية هذا المنظور ، في تركيزه على دراسة الحقائق الواقعية أكثر من إهتمامه بالدراسات السوسيولوجية وتفسيرها

فقط، كما يسعى لتكثيف أعمال كل من " الإدارة الإجتماعية " Social Administration ، والخدمة الإجتماعية Social Services وتوجيه أنشطتهما نحو الأعمال الإجتماعية الواقعية ، وجعل أهدافها تتركز عامة لحل مشكلات إجتماعية معينة ، وهذا بالفعل ما ظهر واضحاً في كل من أعمال جوليان باركر J. Parker ، وبننسون Donnison وغيرهما .

وبإيجاز ، يسمى أصحاب هذا المنظور علي التركيز نحو توجيه سياسات الإصلاح الإجتماعي وأهدافه القومية ، وبضرورة تدخل السياسات الحكومية لحل المشكلات الواقعية ، ووضع نظام إجتماعي سليم يكون موجهاً لحل هذه المشكلات ، والإهتمام عموماً بما يعرف بالنزعة الواقعية Empiricism ، والتوجيه الميدانية Field orientation . وهذا ماحدث في الواقع في سياسات الإصلاح الإجتماعي في الدول المتقدمة منذ أواخر القرن الماضي وحتى منتصف القرن الحالي .

إلا إننا نلاحظ علي هذا المنظور ، أنه يعكس كثيراً لطبيعة السياسات الحكومية التي وجهت لتحقيق سياسات إصلاحية مكثفة والنهوض بها ، حتي أن وصلت تلك المجتمعات إلي مرحلة الرفاهية الإجتماعية وهذا ماحدث عموماً في الدول الأوروبية الغربية والولايات المتحدة . كما نجد أن هذا المخل ، يعتبر من المداخل الواقعية التي يسعى لتحقيق الرفاهية وإداراتها ، ولهذا يطلق عليه كثيراً بميدخل " الإدارة الإجتماعية " والذي طود فيما بعد ، وركز علي أهمية " التغير الإجتماعي الموجب " ، مع الأخذ في الاعتبار بجميع القيم الإنسانية ، والتي أصبحت بعد ذلك إحدى العلوم الأكاديمية ، والذي يهتم به كل من القائمين علي سياسات الإصلاح الإجتماعي والإدارة الإجتماعية ، وأخيراً أصبح يركز عموماً علي تحقيق أهداف الرفاهية الإجتماعية .

ثانياً : منظور الرعاية الإجتماعية (المواطنة) :

Welfare Perspective (Citizenship)

ويركز هذا المنظور على تحليل السياسات الإجتماعية باعتبارها إحدى الإستراتيجيات الهامة ، وتكون من الحقوق الإجتماعية Social Rights ، التي يجب توفيرها للمواطنين . وتتضمن تلك الحقوق توفير كافة الخدمات الأساسية ، ومنها حق الرعاية الإجتماعية ، التي يجب تبخيرها بصورة عامة باعتبارها شئ أساسي وجوهري أو من أهم حقوق المواطنة Citizenship rights .

ويظهر هذا الإتجاه في تحليلات السياسة الإجتماعية بفضل إهتمامات "مارشال" Marchall وأعماله المختلفة ، وباعتباره أحد علماء الإجتماع الذين ركزوا إهتماماتهم حول تحليل قضايا السياسة الإجتماعية بصفة خاصة . فلقد اهتم "مارشال" بتحليل مفهوم "حقوق المواطنة" ، ويعتبر أحد المؤرخين الإجتماعيين لهذا التصور أو الفكرة ، حيث ربط في تحليلاته السوسيولوجية للسياسة الإجتماعية وتقديمها للخدمات الأساسية للمواطنين ، وتحقيق الحياة الكريمة لهم ، وبين غيرها من الحقوق الطبيعية الأخرى ، أو التي تعتبر حقوق عادية للمواطنين مثل الحقوق الديمقراطية والسياسية . ومن ثم ، فيرجع أصحاب هذا المنظور إلى تفسير حقوق المواطنة ليس فقط في إطارها السوسيولوجي ، ولكن في إطارها العام ، والذي يشمل الجوانب السياسية والفنية الأخرى مثل المساواة الإجتماعية Social Inequality ، وحقوق العمل Work Rights .

وفي الواقع ، أن إهتمامات منظور "المواطنة" وجد في المجتمعات الغربية الصناعية مجالاً خصباً ، للتعبير عن آرائه وأفكاره ، والسعي لتحقيق السياسة الإجتماعية باعتبارها حقاً إجتماعياً أساسياً يجب توفيره بواسطة السياسات الحكومية والقائمين على عمليات صنع القرارات . كما اهتم أصحاب هذا الإتجاه أو

المنظور ، بدراسة الواقع الاجتماعي التاريخي المتغير ، وانتقال المجتمعات من مرحلة مجتمعات ما قبل الصناعة Pre - Industrial Societies ، إلى مجتمعات ما بعد الصناعة Post - Industrial Society . وإن كانت الإهتمامات الأولى ، لأصحاب هذا المنظور ، تتركز حول توفير الخدمات الأساسية لطبقات إجتماعية معينة في بادئ الأمر مثل الطبقات العاملة ، أو الطبقات الوسطى ، إلى أن تحول بعد ذلك ، إلى ضرورة توجيه السياسات الإجتماعية لجميع الفئات الإجتماعية باعتبارها من حقوق المواطنة ، وهذا بالفعل ماحدث لحقيقة أهداف سياسات الرعاية أو الخدمة الإجتماعية ، حيث لم تعد توجيهها قاصراً علي فئة إجتماعية معينة ، بقدر ما شملت أهدافها جميع الفئات الإجتماعية في المجتمع ككل .

وفي هذا الصدد ، يؤكد "مارشال" علي سبيل المثال علي أهمية فكرة المواطنة" وعلاقتها بفكرة التضامن الاجتماعي Social Solidarity ، وانتقال الفكرة الأخيرة في إطار أهدافها العامة في المجتمعات التقليدية وما قبل الصناعية إلى المجتمعات الحديثة الصناعية . حيث أصبحت فكرة المواطنة ، تشير إلى حقوق أعضاء المجتمع المحلي باعتبارهم أعضاء في المجتمع العام ، ويجب تمتعهم بحقوق الرعاية الإجتماعية المختلفة ، والتي تهدف أساساً إلى زيادة روابط الولاء الاجتماعي Social Loyalty ، والتي يجب أن تتوفر لها أيضاً الشرعية القانونية Legal Ligitimacy . ومن ثم ، أصبحت "فكرة المواطنة" إحدى الأفكار التي تجعل الأعضاء أو الأفراد في المجتمع يحصلون علي الحقوق الإجتماعية مثل المساواة والمكانة الإجتماعية باعتبارهم أعضاء في المجتمع المحلي ، ويشمل ذلك أيضاً الحقوق المدنية ، والسياسية ، والإجتماعية التي بموجبها يتحقق جميع عناصر العضوية الكاملة للفرد في المجتمع . وبصورة عامة ، تشمل تلك الحقوق توفير الرعاية الصحية ، والتعليم ، والصحة ، والعمل ، وتوفير المسكن اللائق . وهكذا ، نجد أن "فكرة المواطنة" تشير إلى توفير كافة الحقوق الإجتماعية ، والمساهمة في زيادة

عناصر الولاء والانتفاء والتضامن الإجتماعي ، والتي تجعل من الأفراد أعضاء فاعلين ومشاركين في تنمية المجتمع المحلي .

حقيقة أن أعمال أصحاب هذا المنظور (المواطنة) والتي تمثلت في الكتابات المتعددة ^(١٦) ومنها تحليلات "مارشال" وجدت في إهتمامات عديدة من قبل علماء الإجتماع ، الذين اهتموا بكل من مفهوم (المواطنة) و"الحقوق الإجتماعية" وعلاقتها بفكرة التضامن الإجتماعي " في المجتمع الصناعي الحديث . ولقد ظهر ذلك واضحاً في تحليلات أحد علماء الإجتماع مثل وودبرين Wedderburn ^(١٧) ، كما وجدت تلك الأفكار أصداً هامة في تحليلات علماء الإجتماع البارزين من أمثال تالكوت بارسونز T. Parsons ، وبنديكس Bendix ، ولانسكي Lenski ^(١٨) . ومن ناحية أخرى ، فلقد أظهرت تحليلات "مارشال" عن حقوق المواطنة أصداً مماثلة لها عند تحليلات رواد علم الإجتماع الآخرين من أمثال ماركس Marks ، وسبنسر Spencer ، وديوركاييم Durkheim وغيرهم . حيث تتبلور "فكرة المواطنة" باعتبارها نقطة إتصال بين تحليلات "سبنسر" حول الأسس التعاقدية للتضامن The Contractual Basic of Solidarity ، وتحليلات "ديوركاييم" حول الروابط الجمعية Collective Bonds ، حيث تعتبر إحدى العناصر الهامة التي تؤدي إلى ما يعرف بالتماسك الإجتماعي Social Cohesion في المجتمعات الحديثة - علاوة على أنها ، تؤكد على النزعة التعاونية الديوركيمية ، التي تشير إليها بصورة مباشرة فكرة "حقوق المواطنة" وخاصة تناولها القضية العدالة الإجتماعية Social Justice .

وعسوماً ، أكد هذا المنظور على "فكرة المواطنة" وأهميتها كنوع من الحقوق الإجتماعية الأخرى ، والتي يجب أن تتوفر لها الأساليب القانونية التي تكفل لها الحقوق الشرعية ، وبموجبها يتم تقديم الحاجات الأساسية وأساليب الرعاية الإجتماعية الملائمة ، وذلك باعتبار أن المواطنين كأعضاء في المجتمع المحلي . ومن

ثم ، سوف يسهم ذلك في بناء نظم إجتماعية علي أسس عقلانية وذات طابع علمي ، تهدف لتحقيق المساواة الإجتماعية وخلق روح الولاء والانتماء ، وغير ذلك من عناصر التضامن الإجتماعي المختلفة . ومن هذا المنطلق ، نجد هذا المنظور يؤكد علي أهمية تكوين النظم والسياسات الإجتماعية الدائمة ، بعيداً عن النظم والأساليب الإجرائية أو الإصلاحية المؤقتة ، والتي تقتصر تقديمها أيضاً علي فئات إجتماعية معينة ، بقدر ما يهدف أيضاً إلي تلبية إحتياجات كافة الفئات الإجتماعية ، والعمل علي جعلهم أعضاء فاعلين في تنمية المجتمع المحلي ، الذين يعيشون فيه ، وهذا ما تهدف إليه عموماً فكرة الإحساس بالمواطنة .

ثالثاً : منظور التحول نحو التصنيع وسياسات الرفاهية :

تعتبر نقطة الإنطلاق الأساسية لهذا المنظور ، في تأكيدات علي أن عملية السياسة الإجتماعية وتحقيق الرفاهية في المجتمع الحديث ، لا تكمن في أفكار مثل "المواطنة" وعلاقتها بالدور السياسي والإجتماعي في المجتمع الحديث وتحقيق كل من التنمية والرفاهية ، بقدر ما يرجع إلي أهمية عملية التحول نحو التصنيع وتأثيرها في تشكيل نظم ومؤسسات الرفاهية ذاتها .

ومن ثم ، ينطلق أصحاب هذا المنظور من النظرية السوسيولوجية التي تعرف "بالنظرية المركزية" Convergence Theory ، أو نظرية العتمية التكنولوجية Technological Determinism Theory ، التي تؤكد علي أن عملية تحديث السياسات الإجتماعية وأساليب الرفاهية لا يمكن أن تتم عن طريق تطبيق سياسات إصلاحية علاجية مؤقتة ، توجه نحو فئات إجتماعية معينة كما يحدث ذلك في بعض الدول الأوروبية . فالسياسات الإجتماعية لا يمكن أن تقوم علي أسس أيديولوجية معينة ، بقدر ما تنتهض علي عناصر التقدم التكنولوجي والتحول نحو التصنيع ، الذي يسهم في تغيير مباشر في البناءات والنظم والمؤسسات الإجتماعية ، وجميع مظاهر الحياة العامة ، التي توجد في المجتمعات سواء أكانت رأسمالية أم اشتراكية .

وطني هذا الأساس ، نجد أن أصحاب هذا المنظور الذين يعتمدون علي نظرية
الحمية التكنولوجية لا يبنون وجهة نظرهم علي أسس وظيفية من الدرجة الأولى ،
ولكنهم يهتمون أيضاً بصورة خاصة بأهمية التكامل بين النظم الإجتماعية المختلفة ،
وتطوير مؤسسات وأساليب الرعاية الإجتماعية . ومن ناحية أخرى ، يؤكد هذا
المنظور علي إعتبار عمليات التنمية الإقتصادية والصناعية من الأهداف الأساسية ،
التي يجب أن تهتم بها المجتمعات الحديثة ، وتعتبر من المتطلبات الجوهرية ، التي
تهدف لتحديث البناء الإجتماعي بصورة تكاملية وظيفية . ومن ثم ، فنظرية الحمية
التكنولوجية والإقتصادية تؤكد في مجملها ، علي أهمية تنمية النظم الإجتماعية
ومؤسساتها المختلفة بما فيها مؤسسات الرعاية الإجتماعية ، واعتبار ذلك أهم
المتطلبات أو الضروريات الوظيفية Requirments of Functional Necessities ،
التي تؤدي بدورها لتحقيق نتائج وأهداف التنمية التكنولوجية والصناعية . ومن هذا
المطلق ، نجد أن تلك النظرية لا تركز علي أن التغير الإجتماعي لا يمكن فقط في
طبيعة الأيدلوجية ، أو الثقافية ، بقدر ما يرجع إلي أهمية التكنولوجيا والتقدم
الصناعي .

ولكن السؤال الذي يطرح ذاته حالياً ، كيف يؤثر التصنيع علي الرفاهية
الإجتماعية ؟ للإجابة علي هذا السؤال ، يتصور أصحاب هذا المنظور ، أن عملية
التصنيع تعمل علي إحداث تغييرات إجتماعية ملموسة وسريعة في المجتمع وبنائه
ونظمه المختلفة . فعلي سبيل المثال ، فسياسة التصنيع تعمل علي تغيير القوي
العاملة التقليدية ، إلي قوي عاملة متخصصة ومحترفة ، وإدبها أجور مناسبة وبخول
ثابتة ، ومن ثم ، فالتصنيع يؤدي إلي وجود العمالة الملائمة التي تدعم القوي
الإقتصادية المختلفة . علاوة علي ذلك ، فلتها تعمل علي تقليل معدلات البطالة ،
والمرض ، والعجز المبكر ، كما تخلق مورداً هاماً ، من خلال التأمينات الصناعية
والإجتماعية إلي الفئات العاملة بصورة عامة . وينطبق ذلك أيضاً ، علي سياسات

التعليم ، فالتعليم يرتبط بالتنمية الاقتصادية والإجتماعية من مظاهر متعددة ، حيث يسهم في عمليات التحضر ، وزيادة العمران والإسكان ، والإهتمام بالمجتمع المحلي وحماية البيئة ، وزيادة الوعي الصحي. كما أنه يسهم في عمليات الحراك المهني والجغرافي ، وتغيير نمط المؤسسات والتنظيمات التقليدية إلى تنظيمات حديثة متطورة ، وخلق فئات عالية من التخصص المهني .

وهكذا ، فإن هذا المنظور ، يسمي لتفسير سياسات الرعاية الإجتماعية المختلفة ، التي حدثت بالفعل في المراحل الأولى من مراحل التحول نحو التصنيع ، ومدى إرتباطها بالفئات الإجتماعية ونوعية أيديولوجيتها ، والتي كرسّت من أجلها في الواقع . أما في المراحل المتأخرة من المرحلة الصناعية ، فتظهر تحديد مميز لنوعية السياسات الإجتماعية وأهدافها الأساسية نحو تحقيق الوظيفة البنائية ، ورعاية كافة الفئات الإجتماعية المختلفة في المجتمعات الصناعية الحديثة . ولكن يتم ذلك ، بفضل التقدم التكنولوجي وإستمراره بمرور الوقت ، وإن كان أصحاب هذا المنظور ، يعترفون حقيقة أن هناك تبايناً ملحوظاً بين المجتمعات الصناعية ذاتها ، وخاصة عند تحليل عمليات ونظم الرعاية الإجتماعية فيما بينها ، ويرجع هذا التباين نتيجة إمتلاك التكنولوجيا والإنجازات الصناعية والاقتصادية ، لدى بعض تلك المجتمعات دون الأخرى . ومن ثم ، فالسياسات الإجتماعية لم تعد سياسات إصلاحية علاجية ، تركز علي تخفيف أعباء الحياة ، من علي كاهل بعض الفئات الإجتماعية ، بقدر ما أصبحت تهدف لرعاية كافة الفئات الإجتماعية ، وتركز لإنجاز حياة التضامن الجمعي ، وذلك عن طريق السعي لإنشاء أنماط متميزة من النظم والمؤسسات الإجتماعية .

وفي الواقع ، أن نظرية المجتمع الصناعي التي استند إليها أصحاب هذا المنظور ، ظهرت بصفة خاصة مع منتصف هذا القرن ، ولات قبولاً واسعاً من جانب المهتمين بسياسات الرعاية الإجتماعية ، وخاصة بعد أن أحرزت بعض النول الغربية

إنجازات ملموسة في مجال الرعاية الإجتماعية وتشريعاتها المختلفة . كما جاء ذلك مواكباً لانتشار عمليات التصنيع بمعدلات أكبر ، وخلق فرص متزايدة للعمالة ، مما يعكس عموماً بدء فترة جديدة لنهاية الأيديولوجيات المتصارعة . وبصورة عامة ، ظهرت عمليات اللجوء لسياسات التصنيع ، كإحدى الرغبات القوية بين المجتمعات الحديثة وتوجيهها لتحقيق التنمية التكنولوجية والصناعية ، الأمر الذي نتج عنه ، بعد ذلك العديد من التصدعات الأيديولوجية ، التي ظهرت في العالم خلال عقدي الستينات والسبعينات ، وحدث تباين ملحوظ من الأيديولوجيات الواحدة كما حدث بالفعل بين الصين والإتحاد السوفيتي (سابقاً) ، وظهور فترات من الركود الإقتصادي العالمي ، ومن ثم ، فلقد فقدت نظرية التنمية التكنولوجية ، أهم عناصرها الأساسية ، حيث لا يمكن فهم التنمية التكنولوجية والصناعية ، بمعزل عن العديد من العوامل الأخرى ، مثل أنماط الإنتاج ، وطبيعة الطبقات الرأسمالية في المجتمعات الحديثة . ولقد أيد ذلك كتابات العديد من علماء الإجتماع الريكياليين من أمثال تحليلات إيلخ Illich ، وسبقه في ذلك المضمار تحليلات هربرت ماركيز (١٩) H. Marcuse وغيرهما ، اللذين أكدا أن عملية التصنيع ، تعتبر بمثابة نظام متميز ، وأسلوب للحماية ، أكثر من كونها إحدى عناصر عملية التحديث فقط . علاوة على ذلك ، أن عصر الأيديولوجية لم ينته بعد ، فلقد امتد الصراع الأيديولوجي بعد ذلك ، وامتزج بالعديد من العوامل الأخرى ، وتبلور عموماً في صراعات حديثة من نوع مميز ، مثل الصراع بين الشمال والجنوب وغيره .

ومن هذا المنطلق ، نجد أن نظرية التنمية التكنولوجية وجدت أصداء لها خاصة في بداية عقد الخمسينات ، ولكن تعرضت بعد ذلك للعديد من الإنتقادات في الستينات والسبعينات ، حيث لم تعد المجتمعات الحديثة ، بمجتمعات صناعية فقط ، فلقد ظهر بعد ذلك بما يعرف بمجتمعات ما بعد الصناعية Post Industrial Societies . وهذا ماظهر واضحاً خلال عقد الثمانينات ، وظهور العديد من المخاوف

الأخرى، نتيجة للعوامل الخارجية والآثار غير الملموسة للنمو الإقتصادي ، التي أثرت بصورة مباشرة علي مستقبل المجتمع الصناعي ذاته . وعموماً ، هذا ما جعل تلك النظرية وأصحاب هذا المنظور ، يتعرضون لعدد من الإنتقادات عند تحليل تأثير التصنيع علي سياسات الرعاية الإجتماعية حسب متغيرات السوق الإقتصادية الحرة ، والبعد كثيراً عن تحليل عوامل وأسس التخطيط للسياسات الرعاية الإجتماعية ، وظهور الكثير من المشكلات الإجتماعية والإنحرافات السلبية ، نتيجة لتزايد تأثير أصحاب النزعات الفردية ، وعدم تدخل الدولة بصورة قاطعة . مما أثر ذلك في مجمله علي ، الكثير من الرؤي والتصورات لأصحاب نظرية الحتمية التكنولوجية ، وحدث العديد من مظاهر التصدع في البناء الإجتماعي للمجتمعات الحديثة ، وأيضاً نظمها ومؤسساتها المختلفة بما فيها نظم ومؤسسات الرعاية الإجتماعية .

رابعاً : المنظور الاشتراكي The Socialist Perspective

في إطار تحليلنا لأهم المنظورات السوسيولوجية التي عالجت قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، فإنه لا أحد ينكر جزءاً كبيراً من التراث الإجتماعي الذي شغل الفكر العالمي لمدة تقارب ثلاثة أرباع قرن تقريباً . ونتيجة لإنهيار ما يسمى بالإتحاد السوفييتي سابقاً ، ودهس أيديولوجياته الأساسية وركائزه الاشتراكية ، - ففي حقيقة الأمر - سوف تثير بعض الأوساط العلمية والأكاديمية التي ناصرت ذلك الإتحاد لسنوات طويلة من أنماط تفكيرها حياله ، وربما تترقب أيضاً عن توقعات أيديولوجية جديدة ونحن علي مطلع من القرن الحادي والعشرون . وعموماً ، فإننا نجد أنفسنا من الناحية الموضوعية ، مطالبين أن نشير بإيجاز ، إلي حقيقة إسهامات المنظور الاشتراكي وفلسفته تجاه سياسات الرعاية الإجتماعية ، التي حدثت بالفعل في الكثير من بلدان العالم الحديث ، وما زالت تؤمن به أكبر دول العالم من الناحية السكانية وهي الصين .

طبقاً لتحليلات بعض علماء الاجتماع والسياسة الاجتماعية ، أن المنظور الاشتراكي تناول قضية سياسات الرعاية الاجتماعية من نقطتين أساسيتين هما : أولاً : أن سياسات الرعاية الاجتماعية (الرعاية) كنظرية شاملة ، تعتمد في تفسيراتها أساساً علي تبريرات وأيديولوجيات تطورها ، داخل المجتمعات الرأسمالية من الدرجة الأولى . ثانياً : فهي " كنظرية معيارية " تهتم بمعالجة وضع حلول لمشاكل الرأسمالية ، وتسمي لتحقيق مكاسبها بصورة مستمرة . وفي حقيقة الأمر ، أن تلك الأفكار وجدت قبولاً كبيراً من جانب العديد من المفكرين الذين يتصفون بصورة أو بأخرى بالنزعات الاشتراكية ، فبعضهم عمل تحت تيار الراديكالية، أو الصراع ، أو ما يسمي أيضاً بالاشتراكية المحيطة . ومن أهم هؤلاء المفكرين والكتاب الذين عالجوا قضية سياسات الرعاية الاجتماعية حسب هذا المنظور نجد علي سبيل المثال لا الحصر ، تحليلات جوف Gough ، وكورنر Corner ، وسافيل Saville ، وديموهوف Dornhoff وغيرهم . (٢٠)

ومن أهم الأفكار والتصورات العامة التي يقوم عليها المنظور الاشتراكي ، عند معالجته لقضية الرعاية الاجتماعية مايلي : (٢١)

أولاً : تكمن سياسات الرعاية الاجتماعية في ضوئ نظم محددة للعمل ، وظروف المعيشة ، وتوزيع الموارد المجتمعية علي أسس الحاجات البشرية .

ثانياً : أن الرأسمالية كنظام اجتماعي متناقض مع الرفاهية بصفة عامة .

ثالثاً : تقوم سياسات رعاية الرفاهية في المجتمع الرأسمالي وذلك بصورة تدريجية عن طريق ما يسمي بالفعل الجمعي ، واعتمادها أساساً علي الطبقة العمالية، ولهذا السبب تلجأ الرأسمالية نحو عملية الإصلاح الاجتماعي المؤقت أو العلاجي وإن كان ذلك مشكوراً فيه لأنه يتم بصورة هامشية .

رابعاً : تعمل كل من الحكومة أو أجهزة الدولة في المجتمعات متعددة الطبقات، علي تقديم سياسات الرعاية الإجتماعية وتوجيهها نحو مصالح الطبقة المسيطرة. ومن ثم ، فالدولة تكون بعيدة تماماً عن سياسات الرفاهية وربما تعتمد علي الأساليب الإجتماعية كناحية شكلية فقط .

خامساً : أن فكرة قيام سياسات الرعاية الإجتماعية أو الرفاهية بصورة كاملة يراعي فيها عناصر التوزيع العادل ، لايمكن أن يتحقق إلا بعد أن تصبح جميع وسائل الإنتاج إشتراكية .

حقيقة ، أن هناك الكثير من الإنتقادات التي توجه إلي المنظور الإشتراكي برمته وتصوراته العامة والخاصة تجاه قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، وإن كنا لسنا بصدد عرض تلك الإنتقادات حالياً ، بقدر مانشير إلي أن الأيديولوجية العامة لذلك النظام حملت في ذاتها عوامل هدمه وفنائه ، ولم يعد قادراً علي توفير الحاجات الأساسية لجماعهه ، حتي تلك الطبقات العاملة التي أعطي لها الأولوية ، وقام النظام الإجتماعي والسياسي من أجلها بالدرجة الأولى : فلقد ركز أصحاب هذا المنظور تحليلاتهم نحو دراسة النظم الرأسمالية فقط ، وتحليل واقعها الإجتماعي وغاب عنهم البعد التحليلي المقارن ، ومعرفة تباين السياسات الإجتماعية سواء داخل المجتمعات الإشتراكية ذاتها ، وبين تلك المجتمعات الرأسمالية الأخرى .

ومن ناحية أخرى ، لقد ركزت السياسات الإشتراكية علي التمييز بينها وبين السياسات الرأسمالية وعلاقاتها بالتصنيع ، وتأثير ذلك بالطبع علي السياسات الإجتماعية الأخرى ، وخاصة سياسات الرعاية الإجتماعية ، دون أن نتعرف علي المتغيرات والعوامل الواقعية ، التي تسهم في تشكيل تلك السياسات بصورة عامة. علاوة علي ذلك ، فلقد فشل أصحاب هذا المنظور ، في تقدير بعض المشاكل والتصدعات التي ظهرت في المجتمعات الغربية الرأسمالية والنتائج المتضددة التي صاحبته بالفعل ، إلا أنهم تصوروا عموماً ، أن الحل الأمثل لمعالجة تلك المشكلات

الإجتماعية ، هو تبني طريق الاشتراكية ، والأخذ بفلسفتها ومبادئها العامة في الحياة الإجتماعية ، واعتبارها كبديل للرأسمالية .

وبإيجاز ، فنحن لسنا بموضع المدافعين حالياً عن النظام الرأسمالي ورؤيته ، نحو قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، ولكننا نرى بوضوح مايشهده أواخر عقد الثمانينات وبداية التسعينات ، يعتبر دليلاً واضحاً لإنعدام رؤية المنظور الاشتراكي وقصوره كنظام عام ، وأيضاً تصوراتهِ حول قضية سياسات الرعاية الإجتماعية وفشلهِ في تحقيق مطالب الطبقات الإجتماعية الواقعية وتلبية حاجاتها الأساسية . إن النظام الاشتراكي كغيرهِ من النظم الإجتماعية السابقة ، التي تلاشت نظراً لإهمالها القيم الروحية السماوية ، وجعلها الإنسان مجرد آلة في عمليات الإنتاج المفقودة ، دون أن تنظر إلي مطالبهِ الأساسية وخاصة حقوق الملكية وممارسة الأديان وحقوق المواطنة وغيرها .

خامساً : المنظور الوظيفي : The Functionalist Perspective

في الواقع ، لقد كشفت تجليلاتنا السابقة للعديد من كتابات أنصار المدرسة الوظيفية بصورة غير مباشرة ، وإن كنا حالياً نحاول أن نشير بصورة موجزة لأهم ملامح الفكر السوسيولوجي الوظيفي تجاه قضية سياسات الرعاية الإجتماعية حسب تحليلات كل من علماء الإجتماع الأوائل والمحدثين . وقيل كل شيء ، نود أن نوضح حقيقة عامة مؤداها أولاً : أن إهتمامنا الحالي يتركز لعرض أهم ملامح التراث لقضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، ولسنا بصدد تناول جميع تلك الكتابات التي حللها بالفعل علماء الإجتماع . ثانياً : أن إشارتنا الموجزة ، إنما تهدف للرد علي الدعاري المتناقضة ، في رؤيتها وتصوراتها حول الفصل بين دراسة قضية السياسة الإجتماعية ، وإهتمامات علم الإجتماع ، بقدر ما نؤكد علي أن تلك القضية تعتبر إحدى القضايا الهامة التي يتكون منها موضوعات علم الإجتماع ذاته .

أولاً : المنظور الوظيفي الكلاسيكي :

يتمثل أعمال أصحاب هذا المنظور في آراء كل من هيرت سبنسر H.Spencer ، و اميل دوركايم E. Durkheim ، وماكس فيبر M. Weber وغيرهم ، حيث تدور إهتماماتهم حول قضية السياسة الإجتماعية إنطلاقاً من بعدين أساسيين هما أولاً : رؤيتهم السوسيولوجية العامة ، التي تتصور أن المجتمع مجموعة متكاملة من البناءات والنظم الإجتماعية التي ترتبط كل منهما بالأخرى . ثانياً : أن دراسة تلك البناءات والنظم تسهم في التعرف علي وظائفها وتكاملها بصورة مميزة ، طبيعة تحقيق الأهداف العامة التي تؤدي إلي التجانس والإنسجام في المجتمع الأكبر . وفيما يلي تحليل موجز لأهم تصورات هؤلاء العلماء . (٢٢)

تجى تحليلات هيرت سبنسر H. Spencer ، حول قضية السياسة الإجتماعية بصورة غير مباشرة ومن خلال تحليلاته ونظريته السوسيولوجية العامة حول "المحاثة البيولوجية" . فلقد سعي لعرض وجهة نظره حول العديد من سياسات الرعاية الإجتماعية ، التي كانت موجودة بالفعل في المجتمع البريطاني بصفة خاصة في مطلع هذا القرن وأواخر القرن الماضي ، كما جاءت معظم تلك التحليلات ذات نزعة "عدائية ، أو غير عدائية" ضد السياسة الإجتماعية للدولة ، وخاصة رعايتها لبعض الفئات الإجتماعية غير القادرة بالفعل . وبصورة عامة ، أننا نرى كتابات سبنسر ، عبرت عن إهتماماته حول فكرته المعروفة عن " أحكام القيمة " Value Judgement وإرتباطها بقضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، وهذا يكشف بدوره عن طبيعة الظروف الإجتماعية والأخلاقية التي كانت تعيشها بريطانيا ، ومعاصرة (سبنسر) لها في الواقع .

ويشير في هذا الصدد ، روبرت بنكر (٢٣) R. Pinker ، أن تصورات "سبنسر" حول قضية السياسة الإجتماعية كانت ذات نزعة عدائية ضد ماتقربه

الدولة من إجراءات وسياسات إجتماعية . ولقد انعكست تلك النزعة ، من خلال دغاها عن سياسة عدم التدخل Laissez Faire ، خاصة وأن كتابات سبنسر في مجملها كانت ذات طابع سياسي وأخلاقي من الدرجة الأولى ، ولم يركز علي تحليل قضاياها الرعاية الإجتماعية ونظمها المختلفة من نواح إجتماعية فقط .

وبإيجاز ، لقد سعي سبنسر أن يربط بين تحليلاته حول التطور والنظم الإجتماعية وما يحدث بالفعل لدي الكائنات البيولوجية، محاولاً التأكيد علي فكرته العامة بأنه كلما زادت درجة التعقيد في المجتمعات كانت هناك فرص ونتائج أكثر نحو التكامل الإجتماعي . ومن ثم ، فلقد ركز سبنسر علي توضيح بعض الحلول التي بموجبها تستطيع الدولة التدخل في الإدارة الإجتماعية ، وتوفير الإجراءات والأساليب الخاصة للرعاية الإجتماعية . وبصورة أو بأخرى ، كان سبنسر لا يؤمن بضرورة أن لاتتخذ الحكومة موقفاً سريماً وحاسماً للتغيير الإجتماعي الجذري ، ولهذا السبب كان معادياً للتدابير الحكومية نحو الحد من الفقر واللامساواة ، مبرراً تلك الإجراءات بأنها ضد الطبيعة الإنسانية ذاتها .

علوة علي ذلك ، استخدم سبنسر مفهوم "الشخصية القومية" ليشير إلي أن كل فرد يجب أن يسعى لتحقيق رفاهيته بمجهوده الذاتي . ومن ثم ، فإن الجهود الفردية والجماعية للرفاهية سوف تسهم في خلق فروق بين الملتحين والمحتاجين ، كما أن سياسات الرعاية الإجتماعية في مجملها سوف تهدد من مستوى معيشة الطبقة العاملة لأنها الوحيدة التي تدفع الضرائب الحكومية وتمول تلك السياسات . ومن ناحية أخرى ، أن تلك التدابير سوف تؤدي لزيادة البيروقراطية الحكومية ، وسوف تشجع علي المزيد من الانحرافات والحياة اللاأخلاقية في المجتمع ، مشيراً في ذلك للإعانات التي تقدم علي سبيل المثال لأمهات الأطفال غير الشرعيين وغيرها من الأمثلة التي تؤدي للمزيد من السلوكيات اللاأخلاقية .

أما اميل دوركايم E. Durkheim ، فكان علي نقض سينسر وأرائه السابقة في كثير من الإتجاهات نحو سياسات الرعاية الإجتماعية ، وهذا يتمثل في مجموعة أعمال دوركايم الخاصة ، بالتربية الأخلاقية ، و التعليم ، وتقسيم العمل ، والانتحار ، وغيرها من التحليلات التي يتركز حول معالجة قضايا متنوعة من سياسات الرعاية الإجتماعية . كما أن تلك التحليلات لم تخرج بعيداً عن الإطار النظري السوسيولوجي لدوركايم الذي يتركز حول نظريته العامة عن التضامن الإجتماعي Social Solidarity ، وحرصه علي إعادة تنظيم المجتمع بعد التصدمات المختلفة التي شهدتها كل من أبنيتة وانساقه الإجتماعية . وعلي أية حال ، فلم يتخذ دوركايم موقفاً عادياً ضد سياسات تدخل الدولة The State Intervention ، فهو كعالم إجتماع لم ينكر دراسة الحقائق الإجتماعية علي أنها وقائع ثابتة ، وهذا كان جوهر أساسه النظري والمنهجي عند تناوله تلك الحقائق بالدراسة والتحليل . ومن ثم ، كان دائماً يتطلع لأهمية تدخل الدولة السريع والدروس ، فلقد كان حريصاً علي سبيل المثال علي تحسين مستويات الرعاية الإجتماعية في فرنسا ، والعمل علي تغيير المناهج الدراسية التقليدية ، حتي يحدث من سياسات التعليم والتثقيف الإجتماعية ، مستخدماً بذلك العديد من المداخل المقارنة للسياسات التعليمية في بعض الدول الأوروبية الأخرى ولاسيما ألمانيا . ومن ثم ، فلقد نجح في تغيير السياسة التعليمية في فرنسا بالفعل ، مع وضع بعض الحلول العملية لمشكلات هذه السياسة وتوجيهها علي أسس أخلاقية وتربوية . (٢٤)

وتجى أهمية تحليلات دوركايم من خلال تأكيدات المستمرة ، علي أهمية تدخل الدولة وزيادة نشاطها في مجال سياسات الرعاية الإجتماعية وغيرها من مجالات الحياة الإجتماعية والإقتصادية ، ويأتي ذلك إنطلاقاً من فكرته الأساسية حول التنمية الإجتماعية Social Development . ولقد حاول دوركايم تفسير تلك الفكرة في حدود تصورات التي تتعلق بعمليات التحول من المجتمعات التقليدية إلي المجتمعات

الحديثة أو من المجتمعات الآلية إلى العضوية . فالأنواع الحديثة من المجتمعات تحتاج إلى تدخل الدولة وإجراءاتها حول السياسات الاجتماعية ، حتي تعوض تلك المجتمعات بمجموعة من الأساليب والإجراءات التي كانت تعطي في المجتمعات التقليدية وخاصة النظام الأسري التقليدي ، أما المجتمعات الحديثة فتحتاج بالضرورة إلى إجراءات معينة خاصة في مجالات التعليم والتنشئة الاجتماعية ، والمساعدات المالية ، والنقل ، والمواصلات وغيرها .

ومن هذا المنطلق ، تجرى رؤية دوركايم للتدخل الحكومي علي أنها ظاهرة علاجية Therpeutical phenomena ، لتغيير الحالات المرضية في المجتمع ، والعمل علي زيادة الأساليب الحكومية وتدعيمها بصورة مستمرة . ومن ناحية أخرى ، تعكس أهمية تحليلات دوركايم لرفضه بعض الأفكار الوظيفية التي تمثلت في أعمال هربرت سبنسر ، وخاصة تصوراتهِ حول مايعرف بوجهة النظر النفعية والتعاقدية Utilitarian & Contractual ، وتأسيسهما للنظام الاجتماعي في المجتمع الصناعي . فلقد كان دوركايم حريصاً علي تدعيم فكرته السوسيولوجية العامة حول التضامن الاجتماعي ، وهذا يظهر بوضوح في تحليلاته حول قضية سياسات الرعاية الاجتماعية ، وضرورة أن تقوم العلاقة بين الأفراد والدولة علي أسس الإحساس المشترك والتعاون بينهما بصفة مستمرة (٢٥) . ومن ثم ، فلقد سعي دوركايم للربط بين ذلك الإحساس أو التفاهم المشترك ليؤكد علي أهمية نتائج التضامن الاجتماعي ، وأهمية دور مؤسسات الرعاية الاجتماعية وغيرها من المؤسسات والتنظيمات الأخرى ، باعتبارها "تنظيمات وسيطة لوثائقية" (٢٦) لتحديد العلاقة بين الفرد والدولة ، وتساند في تحقيق الوظائف الأساسية ، التي يهدف إليها النظام الاجتماعي العام ، وهو تحقيق التضامن والرفاهية الاجتماعية .

حقيقة ، أننا نعتبر دراسة دوركايم عن الإنتحار Suicide (٢٧) ، بأنها دراسة موجهة أساساً لتحليل كل من السياسات الاجتماعية من ناحية ، ودراسته حول

مقومات التكامل بين النظم الإجتماعية والحرص عليها من ناحية أخرى . فنجدته على سبيل المثال ، يشير إلي أن معدلات الإنتحار تزداد لدى الأفراد غير المتزوجين بينما تقل عند المتزوجين . وترتفع هذه المعدلات لدى الأفراد العاطلين وتقل عند الأفراد العاملين . كما ترتفع أيضاً عند الأفراد الذين يقل لديهم الوازع الديني ، بينما تزداد عند الأفراد غير المتدينين عموماً . فهذه ليست مجرد إشارات استند دوركايم فيها إلي المعدلات الإحصائية ، بل ترجمها إلي دلالات إجتماعية واضحة ، وحاول أن يبرز المكانة الإجتماعية للزواج لدى المتزوجين والتركيز على أهمية النظام الزواجي في المجتمع ، وهذا ينطبق أيضاً على أهمية العاملين والمتدينين ومكانتهم الإجتماعية وأهمية كل من العمل والدين في تجنب الكثير من الشرور الإجتماعية ، والبعد عن الإقدام نحو الإنتحار . وعموماً ، هذه إشارات إيجابية لطبيعة إسهامات دوركايم وتحليلاته لظاهرة الإنتحار وقد مضى عليها قرابة القرن من الزمان ، وكما ظهرت حالياً العديد من المشكلات الإجتماعية في المجتمعات الحديثة نتيجة للبعد عن الزواج وآثارها السلبية على البناء الإجتماعي والأسرة ، وزيادة معدلات الطلاق ، والبطالة ، وعدم التدين وذلك في ضوء غياب التخطيط لسياسات الرعاية الإجتماعية .

وهكذا ، نجد أن دوركايم ونظريته السوسيولوجية العامة ، تنطلق نحو الإهتمام بالعديد من سياسات الرعاية الإجتماعية ، والتي تمثلت في تحليلاته نحو التربية الأخلاقية والتنشئة الإجتماعية ، ومحاربة الفقر ومواجهة حالات الإغتراب التي ظهرت في المجتمعات الحديثة ، وأهمية التخفيف منها للإقلال من حالات العداء في المجتمع ، وذلك عن طريق تبني سياسات إصلاحية وعلاجية لتزويد من روابط الولاء والانتماء والتضامن الإجتماعي ، وضرورة زيادة سياسات تدخل الدولة وإشفاء طابع الشرعية عليها حتي تكون موضع الإلتزام والتنفيذ في المجتمع .

ويعتبر ماكس فيبر M. Weber من أهم أنصار المنظور الوظيفي الكلاسيكي في علم الإجتماع ، حيث تكشف إسهاماته السوسيولوجية المتعددة عن تناوله للكثير

من المشكلات الإجتماعية ، التي ظهرت في العالم الغربي عامة وفي ألمانيا خاصة . وتجتى أهمية ذلك الإسهامات عند معالجته لهذه المشكلات وضرورة طرح سياسات إجتماعية بديلة لها ، وإن كانت نقطة الإنطلاق الأساسية عند معالجته لقضايا السياسة الإجتماعية والمشاكل المرتبطة بها ، ظهر في إطار تحليلاته لمشكلات إجتماعية عامة ، ولاسيما مشكلة البيروقراطية والتنظيم والإدارة . ومن ثم ، فلقد كشفت تلك التحليلات السوسيولوجية ، عن مدى الإهتمامات الواسعة لتحليلات فيبر ، ومعالجته للمشاكل الإجتماعية التي ظهرت في المجتمعات الصناعية الحديثة .

كما ترجع أهمية تصورات فيبر حول دراسته للعديد من المشكلات الإجتماعية وسبل معالجته لها ، عن طريق تأسيسه " لمنظمة السياسة الإجتماعية " ومشاركتها فيها مع الكثير من أساتذة الجامعات ، ورجال الأعمال ، وموظفي الدولة المدنيين، ولقد كرست تلك المنظمة أنشطتها لدراسة المشكلات الإجتماعية المختلفة ، وطرح السياسات الإجتماعية البديلة لها . ومن أهم العلماء الذين عمل معهم فيبر في مجال السياسات الإجتماعية والإقتصادية المختلفة جوزيف شمoller G.Schmoller وأودلف فاغنر A. Wagner وغيرهما .

ومن أهم المشكلات الإجتماعية التي تناول دراستها فيبر من خلال مساهمته في " منظمة السياسة الإجتماعية " (٢٧) ، مشكلات الأجور وسياسات العمل والعمالة والظروف الفيزيائية في المصانع . فلقد أجرى دراسات ميدانية استهدفت تحليل واقع المؤسسات والشركات الصناعية الألمانية ، للكشف عن سبل تحسين مستويات إنتاجيتها ورفع كفاءة العمل بها . كما تناول أيضاً ، تحليل السياسات الزراعية ، والعلاقة بين الملاك والمستجرين ، وقد شملت تلك الدراسة قطاعاً كبيراً من الريف الألماني ، للتعرف على مشكلات القطاع الريفي ، وطرح العديد من السياسات الزراعية البديلة لتطوير ذلك القطاع وتنمية مؤسساته الإجتماعية المختلفة . علاوة على ذلك ، اهتم فيبر بدراسة سياسات العرض والطلب وتوفير الحاجات الأساسية

للثقافات الإجتماعية ، وحلل أيضاً سياسات الأسعار وعلاقاتها بسياسات الأجور والدخل ، وتحليل أنماط السلوك الإقتصادي وسياسات الإستهلاك وترشيده الإنفاق وغيرها . وتكمن أهمية تحليلات فيبر حول قضية السياسة الإجتماعية والإقتصادية في طرحه العديد من الإجراءات والأساليب الإصلاحية والعلاجية لكثير من المشكلات التي تناولها بالدراسة أو التحليل ، أو عرضه للتغيرات الجذرية الشاملة ، لتحديث وتطوير مؤسسات وتنظيمات السياسة الإجتماعية المختلفة .

وربما تعتبر دراسة فيبر حول السياسة التعليمية عامة والتعليم الجامعي خاصة إحدى إسهاماته في مجال سياسات الرهاية الإجتماعية (٢٨) ، حيث سعى فيبر ليوضح العلاقة بين تلك القضية ، وسبل تحديث وتطوير نظم التعليم المختلفة ، متخذاً في ذلك منهج التحليل المقارن ، من أجل توجيه سياسات التعليم الألماني، وتطويرها وتحديثها ومقارنتها بواقعية السياسات التعليمية الأخرى التي تطبق بالفعل في الدول الأوروبية والولايات المتحدة . ولقد كشفت تلك التحليلات ، عن مدى تعمق إهتمامات فيبر السوسيولوجية ومعالجته لقضية التعليم ، وسياسة التنشئة الإجتماعية في المجتمع الألماني . كما حاول أن يحلل تلك السياسة في ضوء إهتماماته بفكرة المواطنة والحقوق الإجتماعية والمدنية ، التي يجب توافرها مع الحاجات والحقوق الأساسية للمواطنين . علاوة على ذلك ، سعى لتحليل سياسة التعليم وإرتباطها بفكرة المواطنة ، وعملية زيادة الولاء والانتماء الإجتماعي لدى المواطنين ، وذلك عن طريق خلق الإحساس المشترك والمتبادل بين الفرد والنولة . وإن كان قد ركز (فيبر) على أهمية إتخاذ الإجراء اللازمة لزيادة فاعلية التعليم وسياساتها المختلفة وذلك عن طريق الإهتمام بالأخلاق المهنية والمسئوليات الإجتماعية التي تقع على عاتق رجال التعليم ومؤسسات ونظم التعليم المختلفة . ولقد استخدم فيبر العديد من المفاهيم التي تشير إلى تحسين تلك الخدمات مثل مفهوم الشرعية Legitimacy ، والتأهيل Rehabilitation والتنمية الثقافية Cultural Development وغيرها .

وعموماً ، إننا نرى أن قضية البيروقراطية التنظيمية هي موضع إهتمام فيبر الأساسي عند تحليله لمشكلات سياسات الرعاية الاجتماعية . فإننا نجد عند دراسته للبيروقراطية وتحولاتها المختلفة وتأثيرها على الأفراد والجماعات الاجتماعية ، يركز على الكثير من المخاوف التي يمكن بها أن تؤدي البيروقراطية للسيطرة على الإنسان الحديث ، هذا بالرغم من إقتناعه بأهمية التنظيمات البيروقراطية العقلانية الحديثة ، التي تعكس ظروف الحياة الاجتماعية والاقتصادية بصفة عامة . ولقد أبدى فيبر تحفظاته ومخاوفه هذه ، عند معالجته لقضية سياسات الرعاية الاجتماعية (٢٩) ، وعلمية تدخل الأساليب الحكومية وأجهزة الدولة في حياة الإنسان بصورة ملحوظة ، وإن كان حرص فيبر المتزايد من النتائج السلبية ، التي قد تعد من حقوق الفرد وحياته المختلفة ، نتيجة للسيطرة البيروقراطية ، وهذا ماظهر بوضوح في دراساته المقارنة عن النظم البيروقراطية والإدارية ، وملاحظات الواقعية عن وجود عناصر كثيرة من الفساد الإداري ، وعدم الكفاءة والفاعلية لبعض الكوادر التنظيمية ، وخاصة التي تعمل في مجال مؤسسات الرعاية الاجتماعية .

ثانياً - المنظور الوظيفي المحدث :

عكست تحليلات أصحاب المنظور الوظيفي الكلاسيكي ، إهتمامات متعددة لعلماء الاجتماع الأوائل وتناولهم لقضية السياسة الاجتماعية ، ولقد تطورت تلك الإهتمامات نتيجة لتطور علم الاجتماع ذاته حيث تناول علماء الاجتماع المحدثين قضايا سياسات الرعاية الاجتماعية ، وإعتبارها من أهم قضايا وموضوعات علم الاجتماع الأساسية . وربما نجد من إهتمامات بعض هؤلاء العلماء تصورات قيمة ، ترتبط بتلك القضية بصورة مباشرة وغير مباشرة ، ومن أمثال هؤلاء العلماء روبرت ميرتون R. Merton ، وبالكوت بارسونز T. Parsons ، ونيل سمسلي N.Semelson وغيرهم (٣٠) .

تركزت إهتمامات "ميرتون" ، حول معالجته لكل من البناء والوظيفة الإجتماعية وتحليله للنسق والنظم الإجتماعية ، والحفاظ علي ذلك البناء واستمراريته . ولقد حرص علي أن يعرض مظاهر التفكير الإجتماعي بين البناءات والنظم الإجتماعية ، علي أنها نتيجة لما أسماه بالخلل الوظيفي Dysfunctional وتلقية الواجبات أو المهام التي يجب أن تقوم بها تلك النظم في المجتمع . كما سعي ميرتون لتوضيح نوعية الوظائف الإجتماعية ، التي يقوم بها الأفراد والجماعات والنظم الإجتماعية في المجتمع ، وذلك من خلال تحليلاته لما يعرف بالوظائف الكامنة Latent Function . والوظائف الظاهرة Manifest Function ، التي لها تأثيرات مباشرة وغير مباشرة علي السلوك الفردي والإجتماعي بصفة عامة .

ومن هذا المنطلق ، نجد أن " ميرتون " يحلل طبيعة المجتمعات البشرية وخاصة المجتمع الحديث ، موضحاً مظاهر التفكير والتصدع الناتج عن إنهيار العلاقات الإجتماعية ، وحدث الخلل الوظيفي لهذه الجماعات في المجتمع ، ومن ثم ، فلقد طرح تصوراتهِ حول نتائج الآثار السلبية في المجتمع ، مستخدماً في ذلك فكرته حول الوظائف البديلة Alternative Functions ، والتي تقترح بعض البدائل النظرية والعملية لتقييم السياسات الإجتماعية الراهنة ، والعمل علي الحفاظ علي الوظائف الإيجابية من أجل بقاء المجتمع واستمراريته .

أما تحليلات " تالكوت بارسونز " فليس من السهل حصرها حالياً ، بقدر ما تشير - بصورة موجزة - إلي إسهاماته حول قضية السياسة الإجتماعية ، وعلاقتها بالبناء أو النسق الإجتماعي ككل . حيث جاءت تلك التحليلات في إطار ما أطلق عليه ، بأن الرفاهية ماهي إلا نوع من التكامل Welfare as Integration . حيث يتصور ، بارسونز أن بقاء أي مجتمع أو نظام إجتماعي واستمراريته ، يكون مشروطاً بتحقيق أربعة متطلبات وظيفية هامة وهي : التكيف أو الموائمة Adaptation ، وتحقيق الهدف Goal attainment ، والتكامل Integration ، والمحافظة علي النمط Pattern - maintenance .

وإذا نظرنا إلى تلك المتطلبات نجد أن الأولي منها ذات مهام إقتصادية ،
والثانية ذات طابع سياسي ، والثالثة ، تهتم بالمحافظة على التجانس والتضامن ، أما
الرابعة والأخيرة ، فلكها تهتم بآتماط القيم الأساسية . وهذا بالفعل ، أكد عليه
بارسونز ، بأن تلك العناصر الوظيفية الأساسية تعد بمثابة انساق فرعية
Sub-systems للمجتمع . وأن أي تنظيمات إجتماعية معينة مثل المدرسة ، أو
المستشفى ، أو دور العبادة ، وأي نظم إجتماعية مثل التعليم ، والصحة ، والدين ،
فجميعها تهتم أساساً بتحقيق إحدى تلك المتطلبات الأربع الأساسية . كما في
الغالب ، نجد أن جميع النظم الإجتماعية بدون إستثناء تهتم بتحقيق تلك المتطلبات
معاً .

وهكذا ، تظهر تحليلات تالكوت بارسونز كغيره من أصحاب الإتجاه الوظيفي ،
ومدى إهتمامه أساساً بنظام الرفاهية The Institution of Welfare ، خاصة عند
معالجته للمتطلب الوظيفي الثالث ، وهو " التكامل " . فالتكامل كعملية أساسية تجعل
من النظام الإجتماعي أكثر ترابطاً وتماسكاً ، وتصيح العلاقة بين مكونات البناء
الإجتماعي أكثر تجانساً وتوافقاً . ويتضح ذلك عموماً ، في مظهرين أساسيين هما
أولاً : نسق التكامل ، وثانياً : التكامل الإجتماعي ، فالأول يشير إلى " تكامل النظم
The Integration of Institutions " والأخير ، يشير إلى تكامل الجماعات
الإجتماعية Social Groups .

ويمكن معرفة ذلك بصورة أكثر وضوحاً ، وخاصة عند تحليل هذا التصور
النظري عند بارسونز ، وعلاقته بطبيعة الواقع الأمبريقي لسياسات الرعاية
الإجتماعية بصفة عامة :

أولاً : انساق التكامل بين النظم فإذا نظرنا على سبيل المثال بين النظام
الإقتصادي والنظام التعليمي في إطار نسق التكامل ، نجد أن النظام الإقتصادي

يحتاج بالضرورة إلى القوي العاملة المؤهلة ، التي يسعى النظام التعليمي لتوفيرها ، ولكن إذا لم يحدث تنسيق بين كل من النظامين ، فسوف تكون تلك القوي العاملة "غير إنتاجية" ، وإن يؤدي النظام الإقتصادي أهدافه بصورة إيجابية علي الإطلاق . وهذا مايجمل الكثير من السياسات الإجتماعية تسعى لتصحيح مساراتها الإقتصادية والتعليمية ، وتحقيق نوع من "انساق التكامل" بين نظمها الإجتماعية المختلفة .

ثانياً : انساق التكامل بين الجماعات الإجتماعية : ويهدف هذا النمط من التكامل لتوضيح ، ضرورة وجود التكامل بين الجماعات الإجتماعية ، للتقليل من الصراعات والخلافات التي تحدث في المجتمع ، مثل الصراعات بين العمال وأصحاب العمل ، والطوائف الدينية والعرقية المختلفة . ولكن إن يتم ذلك ، إلا في ضوء تبني سياسات إجتماعية مميزة ، تهدف أساساً للإهتمام بالطابع الإجتماعي والأخلاقي وزيادة روح الولاء والانتماء والتضامن ، وتحقيق الحياة المجتمعية التي ترعي الصالح العام ، وتدعو إلي تماسك المجتمع واستمراره وبقائه .

وفي حقيقة الأمر ، كشفت إحدى دراستنا السابقة ، حول تحليل سياسات التعليم^(٣١) عن وجهات نظر بارسونز العملية ، وربه بين نوعية النظام التعليمي ، والنظام الإقتصادي السائد في الولايات المتحدة . فلقد تركزت تحليلات بارسونز ، علي أهمية حدوث نوع من التكامل بين النظم الإجتماعية لتحقيق سياسات تعليمية هادفة ، وهذا لن يتلبي إلا عن طريق التنسيق بين متطلبات النظام الإقتصادي والنظام التعليمي . وبإيجاز ، سمي (بارسونز) لتوضيح أفكاره حول أهمية تحديث السياسات التعليمية ، حتي تصبح سياسات تعليمية إنتاجية ، وضرورة ربط مؤسسات النظام التعليمي سواء أكانت مدارس أم جامعات باحتياجات المجتمع الإقتصادية والفعلية . ومن هذا المنطلق ، نجد أن بارسونز ، حرص كل الحرص علي توضيح أفكاره السوسيولوجية العامة حول النسق الإجتماعي ، وطبيعة المتطلبات الوظيفية ، التي تكشف عن دور علاقات التكامل بين النظم الإجتماعية المختلفة .

علاوة على ذلك ، تكشف تحليلات بارسونز للعديد من السياسات الإجتماعية ، عن مدى إهتماماته بقضية الرعاية الإجتماعية ومؤسساتها المختلفة ، ففي كتابه الشهير "النسق الإجتماعي" ^(٣٧) علي سبيل المثال نجد يركز علي أهمية السياسة الصحية والعلاجية ، وإعتبار أن الإهتمام بالنظام الصحي والعلاجي ، في المجتمع إنما يهدف أساساً لتحقيق انساق التكامل والضبط الإجتماعي . فالسياسة الصحية العلاجية ، لها " وظائف " معينة في المجتمع الحديث ، وتؤثر علي أنماط ومستويات الولاء والإنتماء والتضامن الإجتماعي . ولقد استخدم بارسونز فكرته حول ما يعرف بدور المرض The Sick Role ، كأحد الأفكار الهامة التي تشير إلي أهمية العلاقة الإيجابية بين الأطباء والهيئات العلاجية وبين المرضى ، ولكن هذا لن يتم إلا في ضوء التأكيد علي نوعية المسؤوليات الأخلاقية والمهنية ، التي يجب توافرها عند أصحاب المهن الصحية والعلاجية . ويأجيز ، تتركز رؤية "بارسونز" ، حول دراسة السياسات الصحية والعلاجية ، من أجل تحقيق الإستقرار وإنجاز الأهداف العامة للنسق الإجتماعي ، وتحديد العلاقات والمسئوليات ، والأنوار الإجتماعية ، التي يجب أن يقوم بها القائمين علي تحقيق تلك السياسات . ومن ناحية أخرى ، ركز "بارسونز" علي أهمية وجود انساق الجزامات ، سواء أكانت سلبية أم إيجابية ، التي يجب إتخاذها عند تنفيذ الأنوار الإجتماعية والمهنية أو ما أسماه عموماً " بالالتزامات الدور " The Role Obligations .

وترجع أهمية كتابات "نيل سملسر" N. Semelser - باعتباره من أقطاب علم الإجتماع الأمريكي المحدثين - بلأنها جاءت مشتركة في الكثير منها مع العديد من علماء الإجتماع ولاسيما "بارسونز" خاصة فيما يتعلق بسياسات الرعاية الإجتماعية. ولقد حرص "سملسر" علي تأكيد العلاقة بين قضية السياسة الإجتماعية وعملية التنمية الإجتماعية Social Development ، حيث يشير في هذا الصدد ، بضرورة تفسير عملية التنمية الإجتماعية في إطار تحليل مفهوم الإختلافات البنائية

Structural Differentiation ، وذلك باعتبار أن عملية التنمية تحدث عندما تتحول المجتمعات من المراحل البسيطة إلى المعقدة ، وأثناء عمليات التحول تنتج الكثير من الاختلافات البنائية في طبيعة المجتمع الحديث . ويتسم هذا المجتمع ، بالكثير من الخصائص المميزة والناتجة عن عمليات التحديث Modernization Process ، مثل التخصص وتقسيم العمل وغيرها ، والتي تسهم في تغيير معظم الملامح البنائية العامة وطبيعة الوظائف النظامية الحديثة ^(٢٣) . ويلاحظ ، تنتج عن عمليات التحول إلى المجتمعات الحديثة الكثير من الخصائص ، التي توضح مدى التغير الناتج في كل من البناءات والنظم الاجتماعية معاً ، وظهور الكثير من الوظائف الجديدة ، التي تؤديها كل من التنظيمات والمؤسسات التي ظهرت في المجتمع الحديث .

وسمي "سملسر" لتوضيح بعض المظاهر الجديدة في ضوء تحليله لفكرة "الاختلافات البنائية" ، حيث تصاحب عمليات التغيير والتحديث أشكال جديدة من عدم التكامل Mal - integration بين البناءات والنظم الاجتماعية في المجتمع ، الأمر ، الذي يتطلب بدوره وجود أنماط جديدة من التكامل حتى تؤدي إلى إعادة التماسك والتضامن الاجتماعي . ولقد عل "سملسر" على ذلك عند تفسيره لتغيير وظائف وعناصر التكامل في المجتمع . فعلى سبيل المثال ، لقد تغير النظام الإقتصادي وأدى إلى إنتقال المجتمعات من نظام الصناعة العائلية Doemestic Industry ، إلى نظام المصنع المنتج Factory Product ، كما صاحبت عمليات تغيير الإنتاج تغييرات أخرى مصاحبة في البناء القرابي بصفة عامة . وحدوث الكثير من المشكلات الاجتماعية ، التي يمكن أن يطلق عليها مشكلات اللاتكامل الاجتماعي ، فلقد تباينت عمليات العمل والعمالة ، وظهور فرص جديدة للعمل ، وتضاربت المصالح الأسرية مع مصالح أصحاب المصانع الجديدة .

وبالرغم من ذلك ، يؤكد " سملسر " بأن عملية التكيف والمواصلة Adoption ، والمحافظة علي النسق عملية مستمرة فلقد ظهرت العديد من النظم والمؤسسات والتنظيمات الإجتماعية ، التي بدأت تسهم في تغيير وسائل جديدة ، تؤدي للتكامل والعمل علي التكيف مع المشكلات الجديدة ، والتي يمثل البعض منها ، في وجود تنظيمات القوي العاملة والإتحادات المهنية والعمالية ، والنظم الحكومية لتخصيص العمالة ، وسياسات رعاية ورفاهية العمل والعمال وغيرها ، من التنظيمات والمؤسسات الحديثة الأخرى .

وعموماً ، إننا نجد تحليلات " سملسر " تتوافق في الكثير مع تحليلات بارسونز وغيره ، من أصحاب المنظور الوظيفي المحدث ، والتي تتركز بصورة عامة في عمليات المحافظة علي النسق الإجتماعي ، وضرورة توافر المتطلبات الوظيفية الأساسية في المجتمع الحديث ، والتي تسعى في مجملها لتحقيق عمليات التكامل سواء بين الانساق والنظم أو البناءات الإجتماعية ، وذلك من أجل زيادة درجات التماسك والتضامن الإجتماعي . وإليجاز ، تجن أهمية كتابات " سملسر " مثل غيره من أصحاب هذا الإتجاه (الوظيفي) ، في معالجة قضايا ومشكلات السياسة الإجتماعية في إطار البناء الإجتماعي ككل ، والسعي لتحليل المشكلات الإجتماعية ونتائجها المختلفة ، التي ظهرت في المجتمع الحديث ، واعتبار ظهورها شيئاً طبيعياً وملزماً لعمليات التحديث والتغيير المستمر . وبالرغم من حدوث التصدعات ومظاهر اللاتكامل الإجتماعي ، إلا أن طبيعة النظام الإجتماعي الجديد ، قادرة علي التكيف والمواصلة والمحافظة علي النسق ، وإعادة التماسك والتضامن الإجتماعي ، وهذا لن يتأتى إلا عن طريق حدوث تطور وتحديث مستمر في طبيعة النظم والمؤسسات الإجتماعية المختلفة .

وأخيراً ، وبعد تناولنا لأهم الأفكار الأساسية التي طرحتها المنظورات السوسيولوجية المختلفة حول قضية السياسة الإجتماعية ، والتي سعت في عرضها

لذلك القضية من جوانب متعددة ، محاولة توضيح أهم مكونات إيدي القضايا الإجتماعية الهامة التي مازالت تشغل إهتمام ليس فقط علماء الاجتماع والسياسة الإجتماعية ، ولكن أيضاً الكثير من علماء العلوم الإجتماعية الأخرى ولاسيما الإقتصاد والسياسة وغيرها . موجز القول ، أن إشارتنا لتلك المنظورات قد جاءت بصورة مختصرة ، وذلك حسب أهداف الدراسة العالية . ولكن كان من الضروري أن نوضح طبيعة التراث السوسيولوجي وإهتمامات علماء الاجتماع وتركيزهم علي أولوية دراسة وتحليل قضية السياسة الإجتماعية ، وحقيقة إسهامات علماء الاجتماع الأوائل والمحدثين حول تلك القضية . وعلي أية حال ، سوف نلقي فيما بعد تعقيباً عاماً حول تلك الإسهامات ، وذلك بعد تناول قضية السياسة الإجتماعية وعلاقتها بدول العالم الثالث .

(٢) قضايا السياسة الإجتماعية وعلم الاجتماع في الدول النامية :

يوضح لنا تحليل تراث قضية السياسة الإجتماعية وعلاقتها بالنظرية السوسيولوجية وإهتمامات علماء الاجتماع بها منذ أواخر القرن الماضي . إن هذا الإهتمام ركز علي تحليل سياسات الرعاية الإجتماعية في المجتمعات الغربية بصورة خاصة ، ولم تهتم تلك التحليلات بعرض أي أفكار نظرية أو أمبريقية تتناول سياسات الرعاية الإجتماعية في البلدان النامية . ومن ثم ، نستطيع حالياً ، أن نطرح عدة تساؤلات هامة ، محاولين الإجابة عليها فيما بعد لتكون موضع إهتمام للباحثين والمهتمين بقضية السياسة الإجتماعية في دول العالم الثالث .

حقيقة ، أن يواكب النشأة الأولى للإهتمام بدراسة قضية السياسة الإجتماعية ، كانت "غربية" النشأة من الدرجة الأولى ، من ثم فلم توجه تحليلات علماء الاجتماع والسياسة الإجتماعية حول تلك القضية في العالم الثالث ؟ . ولكن ، ما هي الأسباب التي حجبت توجيه إهتمامات الباحثين لدراسة حقيقة سياسات الرعاية الإجتماعية وعلاقتها بالمجتمعات النامية ؟ . وهل جاءت بعض تلك الأسباب بصورة مقصودة أو

متعددة ، أما أنها كانت محض هدفية بحثية ؟ . ولماذا تركزت معظم معالجات علماء الاجتماع حول قضايا السياسة الاجتماعية مثل الفقر ، والمرضى والصحة ، والتعليم والامية ، والتخلف ، والإسكان ، وعدم التحضر وغيرها في العالم المتقدم دون العالم الثالث ؟ . هل مثل تلك القضايا لم تظهر في الدول النامية ونحن علي مشارف القرن الحادي والعشرين ؟ وماهي واقعية إهتمامات دول العالم الثالث وسياساتها الحكومية نحو قضايا سياسات الرعاية الاجتماعية ؟

في الواقع ، للرد علي تلك التسايلات المطروحة السابقة أو جزء منها ، تجعلنا نقول أولاً ، أن تحليل قضية سياسات الرعاية الاجتماعية اهتم علماء الاجتماع والسياسة الاجتماعية بدراساتها أساساً فيما يعرف حالياً بمجتمعات الرفاهية وخاصة بعد الحرب العالمية الثانية ، وإن كانت جذور الإهتمامات الأولى لهذه السياسات تمتد إلي بداية القرن العالي أو بالأحرى مع نهاية القرن الماضي . ومن ناحية أخرى ، لاختلف دراسة قضية سياسات الرعاية الاجتماعية عن غيرها من موضوعات علم الاجتماع ذاته وإهتماماته بالمجتمعات الغربية بصفة خاصة . علاوة علي ذلك ، فلقد كرسست النظرية السوسيولوجية تحليلاتها ، بدراسة طبيعة تلك المجتمعات ونوعية بنائها ونظمها ومؤسساتها ومشكلاتها الاجتماعية من الدرجة الأولى ، نون أن تعطي أي إهتمامات إلي مجتمعات العالم الثالث .

ومن هذا المنطلق ، فلقد ارتبطت كثيراً من توجهات علم الاجتماع وأيديولوجيته من الناحية النظرية أو الأميريكية الميدانية ، علي تجاهل مشكلات وسياسات الرعاية الاجتماعية في العالم الثالث . كما جاءت مظاهر وعناصر هذا التجاهل وراء دوافع الأميرالية وغيرها من الأهداف السياسية والعسكرية والإقتصادية والأيديولوجية . ومن ثم ، فلقد حجبت الرؤية العلمية الغربية ، عن الإهتمام بمشكلات العالم الثالث ، وطرح السياسات العلاجية لها ، بالرغم من إقرارها ، بأن نتائج تلك المشكلات ، تعتبر من أهم الأسباب ، التي ساهمت في تخلف معظم دول العالم الثالث ومجتمعاتها .

ومن ناحية أخرى ، يجب أن نعتزف صراحة ، وكما وضحنأ ذلك في التحليلات النظرية السابقة : أن هناك قصوراً واضحاً في معالجة النظرية السوسيولوجية لقضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، ليس فقط في دول العالم الثالث ، بل أيضاً في الدول المتقدمة ذاتها . ويرجع ذلك القصور ، نتيجة لعدم وجود نظرية سوسيولوجية متكاملة حتي الآن ، بل مازالت تتعثر المحاولات تجاه تكوين مثل تلك النظرية ، نتيجة لمجموعة من المشكلات التي نجمت عن الموضوعية ، وأحكام القيمة ، والمنهجية ، والتوجهات الأيديولوجية للبحث العلمي الإجتماعي وغير ذلك من مشكلات أخرى متعددة. الأمر ، الذي نتج عنه بالطبع ، غياب الإستراتيجية العلمية من قبل علماء الإجتماع وتحليلاتهم السوسيولوجية لمعالجة قضايا السياسة الإجتماعية ، وطرحها للإستراتيجيات البديلة لعلاج الكثير من المشكلات^(٣٣) الإجتماعية التي ظهرت في المجتمعات الحديثة في الوقت الراهن .

حقيقة ، أن هناك إختلافات شاسعة بين العالم الغربي المتقدم والعالم النامي حول سياسات الرعاية الإجتماعية . فهناك دول تعيش في " عالم الرفاهية " ، وأخرى تعيش مراحـل " الكفاف " أو " تحت مستوى الفقر " . ولقد عبرت عن ذلك تحليلات بعض علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية في العالم الغربي ذاته ، من أمثال دراسات ليفنجستون Livingstone ، وتيتموس Titmus ، وميردال Myrdal ، وتاونسند Townsend وغيرهم حول سياسات الرعاية الإجتماعية في دول العالم الثالث^(٣٤) . حيث اهتموا بتحليل بعض قضايا السياسة الإجتماعية مثل التعليم ، والتغذية ، والصحة ، والإسكان ، والتحضـر وغير ذلك من مشكلات متعددة ومقارنتها بالوضع الراهن في كل الدول المتقدمة والنامية . وعموماً وبالرغم ، من عدم حداثة مثل تلك التحليلات ، إلا أنها تكشف عن الكثير من مؤشرات سياسات الرعاية الإجتماعية في الدول النامية والحاجة الماسة لتبني سياسات حكومية أكثر فاعلية وكفاءة للنهوض بمستويات مجتمعاتها ، وتوفير الحاجات الأساسية لشعبها ،

وتخطيها مراحل الكفاف أو مستويات الفقر . ومن ناحية أخرى ، ترجع أهمية تلك التحليلات في توضيحها لتعاظم الفجوة بين مجتمعات الرفاهية ومجتمعات الدول النامية ، حول قضايا ومشكلات السياسة الإجتماعية .

وبالرغم من إعترافنا السابق ، بواقعية تلك الدراسات وتحليلها لأهم الأسباب التي أدت إلى توسيع " الفجوة " بين مجتمعات الرفاهية والنامية ، والتي ترجع بإيجاز إلي ؛ عدم الإستقرار الإجتماعي والسياسي ، وغياب الكوادر الإجتماعية الواعية ، وطبيعة السياسات التقليدية ، ومقاومة التغيير والتحديث ، وندرة الإحصاءات اللازمة وإنتشار الكوارث الطبيعية مثل الجفاف والتصحر والفيضانات وغيرها . إلا أننا نود هنا أن نضيف حقيقة هامة ومؤكدة ، وهي أن جزءاً كبيراً من تلك الأسباب يرجع إلي مراحل الحقبة الإستعمارية التي عاشتها معظم الدول النامية وحتى نهاية حقبة السبعينات من القرن الحالي ، والتي ساهمت أيضاً في "توراث" المجتمعات النامية ، للكثير من مقومات التخلف والوضع الإقتصادي والسياسي والإجتماعي الذي تعيش فيه حالياً .

ولمي حقيقة الأمر ، يجب أن نشير إلي العديد من الجهود التي بذلت بالفعل في مجالات سياسات الرعاية الإجتماعية ، في غالبية دول العالم الثالث منذ منتصف هذا القرن ، وسعيها لتوفير الحاجات الأساسية لمواطنيها ، ومحاولتها لتقليل الفجوة بينها وبين الدول المتقدمة . ومن الملاحظ أيضاً ، أن هناك الكثير من الدراسات والتحليلات السوسولوجية ، التي اهتم بها الباحثون من دول العالم الثالث ، والتي ظهرت بصفة خاصة في العقدين الماضيين ، وتناولت مشكلات أو مجالات الرعاية الإجتماعية ، ورعاية الطبقات العمالية ، والسياسات الزراعية والصناعية . كما اهتمت أيضاً بسياسات الرعاية للفئات الخاصة مثل المسنين ، والعجزة والمعوقين ، والأرامل ، والأيتام ، والأحداث ، والمسنونين وغيرهم .

إلا أننا نلاحظ في نفس الوقت ، أن مثل تلك الدراسات ما زالت معظمها يغلب

عليها الطابع الوصفي من الدرجة الأولى ، والإهتمام بالمراحل التطورية للإهتمامات بمجالات الرعاية الإجتماعية . ومن ثم ، جات الكثير منها ذات طابع سطحي عند معالجتها طبيعة تلك المشكلات وأسباب تفاقمها ، دون تحليل سبل الحد منها ، أو النهوض بمجالات ومؤسسات الرعاية الإجتماعية ، ورفع كفاءتها وفعاليتها لتحقيق أهدافها الأساسية في مجتمعات العالم الثالث . ومن ناحية أخرى ، تكشف هذه الدراسات عن "هامشية التخصص" أو إنحصارها في مجالات تخصصات أصحابها الضيقة. وهذا ماحدث بالفعل في الكثير من الدراسات الإجتماعية ، وأيضاً مجالات الخدمة الإجتماعية وتركيزها فقط علي الأنماط الإجرائية والوسائل غير الواقعية ، عند دراسة مشكلات وقضايا سياسات الرعاية الإجتماعية . الأمر ، الذي جعل مثل تلك الدراسات بعيدة عن التحليل السوسيولوجي المتعمق ، والإهتمامات النظرية الموجهة لها علي المستويين النظري والميداني معاً ، وإنخراط الكثير منها في إطار توجهات قيمية ، والبعد عن الموضوعية . ومن ثم ، فإننا نري ، أهمية تبني المنهج التكاملي من قبل القائمين علي دراسة سياسات الرعاية الإجتماعية ، والإهتمام بالنظرة التخصصية الشاملة ، وإكتساب المزيد من التعاون بين تخصصات العلوم الإجتماعية المختلفة ، حتي يسهم ذلك في التعرف علي مكونات وطبيعة سياسات الرعاية الإجتماعية والعوامل المتداخلة معها .

علوة علي ذلك ، يمكن الإستفادة من منظور الدراسات المقارنة Comparative Studies Perspective ، عند دراسة وتحليل قضايا سياسات الرعاية الإجتماعية سواء بين الدول النامية ، أو بينها وبين الدول المتقدمة ، للتعرف علي تجارب تلك الدول في المجالات المختلفة ، مع الأخذ في الإعتبار التباين في الواقع الإجتماعي والسياسي والثقافي والإقتصادي أيضاً . نضيف إلي ذلك ، ضرورة الإشارة إلي أهمية النشاط الملحوظ الذي تقوم به المنظمات العالمية ، وخاصة منظمات الأمم المتحدة ومؤسساتها المختلفة في مجالات الرعاية الإجتماعية ولاسيما

منظمات اليونسكو ، واليونسيف ، والصحة ، والعمل الدولية ، وغيرها ، والتي تسهم في دراسة وتقديم تجارب دول العالم المختلفة ، وتطوير أساليب البحث والدراسة والتحليل ، واستخدام الإحصاءات والمصطلحات علي البيانات الدولية ، واحد من الموجبات الأيديولوجية وغير الموضوعية للدراسات والبحوث ، وطرح العديد من السياسات البديلة أو المقترحة ، والإستراتيجيات المستقبلية لتحديث مجالات الرعاية الإجتماعية ، ومحاولة وضع مؤشرات واقعية للتعرف علي سبل النهوض بمستويات الفاعلية والكفاءة لمؤسسات العمل الإجتماعي والعاملين بها في دول العالم الثالث .

تعقيب :

توضح التحليلات السابقة لقضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، بأنها تعتبر من القضايا الهامة التي تشغل إهتمامات علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية وغيرهم من علماء العلوم الإجتماعية المختلفة . ولقد تزايدت الإهتمامات مؤخراً نحو دراسة هذه القضية ، في محاولة للتعرف علي العوامل والأسباب المختلفة التي تسهم في تشكيلها بصورة عامة . ولكن لازالت السياسة الإجتماعية موضع جدل ونقاش حول طبيعة تعريفاتها وتحديد مفاهيمها الأساسية ، نظراً لأنها تتداخل مع غيرها من المفاهيم والقضايا المجتمعية الأخرى ، الأمر الذي جعل من الصعوبة فهمها أو تحليلها ، دون دراسة تلك المفاهيم والقضايا المتداخلة معها .

وتعكس لنا دراسة المنظورات السوسيولوجية المختلفة التي تم تحليلها بصورة موجزة ، مدى إهتمام علماء الإجتماع بدراسة قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، وذلك بالمشاركة مع العديد من علماء العلوم الإجتماعية . كما كشفت تلك المنظورات ، عن تباين في وجهات النظر بين العلماء والمهتمين بدراسة الرعاية الإجتماعية ، وبالرغم من هذا التباين ، إلا أننا نجد أن عملية وضع منظورات محددة ساهم في عملية التصنيف للأفكار والتصورات ، التي يطرحها العلماء والباحثون حول إحدى

القضايا السوسبيولوجية لفهم أكثر ومتعمق ، للقضايا المتداخلة التي تشكل بدورها عملية سياسات الرعاية الإجتماعية في المجتمعات الحية .

حقيقة ، إننا نعتز صراحة ، أن إهتمامات علماء الاجتماع والسياسة الإجتماعية ، التي أشرنا إليها حول قضية السياسة الإجتماعية ، قد سبقها الكثير من التحليلات والدراسات ، التي وضع جنورها بالفعل مفكرون إجتماعيون وفلاسفة وعلماء السياسة والإقتصاد وغيرهم ، وذلك منذ أواخر القرن الماضي . فلقد كانت تحليلات سان سيمون ، ومونتسكيو ، وكانط ، ورسو ، وهوبز ، وأدم سميث وغيرهم ، من التحليلات الأولية التي ساهمت في تتبع تطور هذه القضية ، والإهتمام بها بشكل عام في القرن الحالي .

وبالرغم من ، إهتمامات علماء الاجتماع بدراسة قضية السياسة الإجتماعية ، فلقد جاءت متأخرة ، إلا أن تلك الإهتمامات لها صوتها في دراسة هذه القضية في المجتمع الحديث . ولقد جاء تأخير هذا الإهتمام كنتيجة طبيعية ، لتركيز إهتمامات علماء الاجتماع منذ أواخر القرن الماضي ، في وضع أسس علم الاجتماع ذاته ، الذي يعتبر علماً حديث النشأة بالمقارنة ببعض العلوم الإجتماعية الأخرى ولاسيما السياسة والإقتصاد . ومن ثم جاءت معظم تحليلات علماء الاجتماع حول وضع أسس علمهم الجديد ، والتركيز على دراسة البناءات الإجتماعية في إطارها العام ، إلا أن تلك التحليلات - في نفس الوقت - تعرضت بصورة غير مباشرة أكثر منها مباشرة لقضية السياسة الإجتماعية . علاوة على ذلك ، إن دراسة هذه القضية ، مازالت موضع جدل ونقاش بين علماء الاجتماع أنفسهم ، ويرجع ذلك إلى تباين وجهات النظر ، حول قضايا مثل المنهجية ، والموضوعية وأحكام القيمة ، والتوجهات النظرية والأيدولوجية وأولويات إهتمامات علماء الاجتماع ذاتها ، وغير ذلك من قضايا أخرى .

إلا أن ذلك ، لا ينفي حقيقة الإنجاز العلمي الذي حققه علماء الاجتماع ، عند دراستهم لقضية السياسة الاجتماعية ، وذلك على البعدين النظري والأمبريقي معاً .
فبالرغم من التباين حول وجهات النظر بين علماء الاجتماع عند تحليلهم لهذه القضية ، إلا أن الكثير من التحليلات السوسيولوجية تبرز على وجود منظورات ومداخل سوسيولوجية واضحة ، ساهمت بالفعل في التعرف على العوامل والأسباب التي تشكل قضية سياسات الرعاية الاجتماعية . ولقد سعى بعض الباحثين الاجتماعيين لدراسة مشكلات الإدارة الاجتماعية ، واستخدام مدخل "الهندسة الاجتماعية" ، أو مداخل سياسات "الإصلاح الاجتماعي" ، أو ما يعرف بمداخل "الطول الجذرية" ، في وضع العديد من الاستراتيجيات البديلة لسياسات الرعاية الاجتماعية ، والتعرف بصورة أكثر وضوحاً على العوامل التي تحيط بدراسة هذه القضية وخاصة على المستوي الميداني .

علاوة على ذلك ، إن حقيقة الإهتمام الأمبريقي أو الميداني من جانب علماء الاجتماع عند دراستهم لقضية السياسة الاجتماعية ، جاء كنتيجة طبيعية لتطور الإطارات التصورية والنظرية ، التي توجه إهتمامات هؤلاء العلماء في الدراسات الميدانية ذاتها . وربما ، نجد مثلاً على ذلك ، في تطور منظور "الإتجاه الوظيفي" من المرحلة الكلاسيكية إلى المرحلة الحديثة والمعاصرة - وبالرغم من تعرض ذلك الإتجاه ، للعديد من الإنتقادات - والتي لسنا في موضع لمناقشتها حالياً - فلقد سعى أصحاب هذا الإتجاه الأوائل ، لتناول قضية سياسات الرعاية الاجتماعية ، وذلك بصورة متضمنة أثناء تحليلاتهم العامة أو الشاملة للبناء الاجتماعي ونظمه ومؤسساته المختلفة . ولكن ما لبث أن تطور الأمر عند علماء "الإتجاه الوظيفي" المحدثين ، فتركزت إهتماماتهم بصورة أكثر واقعية على دراسة قضايا سياسات الرعاية الاجتماعية في المجتمعات الحديثة ، وتحليلهم للعديد من المشكلات الاجتماعية والتنبؤ بها ، والمساعدة في عمليات التخطيط للسياسات الاجتماعية ، كما عمل الكثير

منهم مستشارين للمؤسسات وتنظيمات الرعاية الاجتماعية بصورة أساسية . وبالطبع ، لقد ساهم في ذلك ، عدة عوامل مجتمعة منها علي سبيل المثال ، الفسوح النظري ويلورة الأفكار والتصورات الأساسية ، وتنوع التخصصات العلمية ، وإثراء العملية المنهجية ، نظراً لتعدد طرق وأنوات البحث المختلفة . علاوة علي ذلك ، ظهور فروع علم الاجتماع المتخصصة ، وأصبح تناول قضية سياسات الرعاية الاجتماعية ذاتها يدخل تحت إحدى تلك الفروع والذي يطلق عليها حالياً بسوسيولوجية الرفاهية Sociology of Welfare .

وهكذا ، فإن دراسة قضية السياسة الاجتماعية ، تعتبر إحدى القضايا الأساسية ، التي يهتم بها علماء الاجتماع في الوقت الحاضر ، ولقد تعددت الأسباب حول جعل تلك القضية في إعداد القضايا الثانوية من جانب تحليلات علماء الاجتماع وخاصة في المراحل الأولى لنشأة علم الاجتماع ذاته وتركيزه علي مناقشة قضاياها الأساسية التي انطلق من أجلها منذ أواخر القرن الماضي . ومن ثم ، يمكن تقنين الدعوي التي تدعي ضرورة الفصل بين تحليلات قضايا السياسة الاجتماعية ، وإهتمامات علم الاجتماع ذاته . فعلم الاجتماع لم يكن بعيداً ، عن طرح العديد من القضايا التي تتعلق بمجالات السياسة الاجتماعية . فالمتعمق لدراسة جذور نشأة علم الاجتماع ، يجد مدي إهتمام علمائه الأوائل ، بتحليل تلك القضية بصورة غير مباشرة ومباشرة في نفس الوقت . علاوة علي ذلك ، أن جميع فروع علم الاجتماع المختلفة بالرغم من تنوع تخصصاتها ، عالجت قضايا السياسة الاجتماعية . فعلم الاجتماع الصناعي علي سبيل المثال ، اهتم بمعالجة قضايا وسياسات الأجور وتشريعات العمل ، وأساليب الرعاية المهنية داخل تنظيمات العمل وخارجها ، وكيفية تطوير بيئة العمل وتحديثها لخدمة العاملين بها . كما اهتم بسياسات التدريب والتأهيل المهني ، والأمن الصناعي ، وحماية العاملين من البطالة ، والعجز ، والحوادث الصناعية وغيرها .

وينطبق ذلك على علم الاجتماع الطبى ، الذى اهتم بمعالجة قضايا السياسة والرعاية الإجتماعية ، والإهتمام بالصحة العامة وتحسين أساليب العلاج والرعاية الصحية ، ومعالجة الفئات الخاصة مثل المعوقين ، وكبار السن ، والعجزة وغيرهم . كما سعى لتعليل العلاقة بين تطوير أساليب الرعاية الإجتماعية والبنائات والنظم والمؤسسات الإجتماعية والعلاجية . وتناول مشكلة الرعاية الصحية وعلاقتها بالدخل والطبقة ، والمهنة ، والفقر ، والوضع الإجتماعى ، والبيئة الإجتماعية وغير ذلك من قضايا متعددة .

واهتم أيضاً علم الاجتماع الإقتصادى ، بدراسة قضايا السياسة الإجتماعية والإقتصادية فى المجتمع الحديث ، فتناول قضايا هامة مثل ، البطالة والعمالة ، وسياسات الأجور ، وتوفير الحاجات الأساسية ومنها العمل . وبدراسة سياسات الاستهلاك والترشيد ، والإسجار ، والملكية ، والعرض والطلب وغير ذلك من ظواهر إقتصادية وإجتماعية تتأثر بطبيعة البنائات والنظم الإجتماعية . وتناول علم إجتمع التنظيم قضايا هامة ، ترتبط بتحسين سياسات الرعاية الإجتماعية والإقتصادية والسياسية معاً . فسعى لدراسة أساليب تحسين الكفاءة والفاعلية والأداء التنظيمي للعاملين ، ومؤسسات الرعاية والخدمة الإجتماعية . والتي تتمثل فى المدارس ، والمستشفيات ، والمصانع ، والسجون ، ومؤسسات الأحداث وغيرها من الفئات الإجتماعية الخاصة . ولقد تركزت تلك الإهتمامات لتفسير العوامل المتدافعة التي تؤثر على مشكلات البيروقراطية وكفاءة التنظيمات الإجتماعية ، التي تعمل سواء فى قطاع الخدمات أو مايسمى بالقطاعات غير الإنتاجية والإنتاجية على حد سواء .

حقيقة ، قد يطول بنا الحديث عند تناول مدى علاقة كل فرع من فروع علم الإجتمع منذ نشأته حتى الآن بدراسة قضايا السياسة الإجتماعية . فلا أحد ينكر أيضاً ، مدى إسهامات علم إجتمع الأسرة أو الحياة العائلية ، بدراسة دور الأسرة فى التنشئة الإجتماعية ، وعلاقة الأسرة بالتنظيمات والمؤسسات الإجتماعية الأخرى

، وهذا ينطبق أيضاً على إهتمامات علم إجتماع التربية ، وعلم إجتماع المجتمعات المحلية ، وإهتماماتها بتطوير المجتمع المحلي وتنميته ، وتطوير سياسات وأساليب الرعاية الإجتماعية بشكل عام .

وفي النهاية نستطيع القول ، أن " أزمة علم الإجتماع " في العالم عامة وفي المجتمعات النامية بوجه خاص ، مازالت تكمن في مشكلة الإهتمام بتفسير الواقع الإجتماعي لهذه المجتمعات ، وتحليل مشكلاتها الأساسية ، ومنها بالطبع مشكلة السياسة الإجتماعية . فلقد حان الوقت ، لتوجيه النظرية السوسيولوجية - بالرغم من إعترافنا بقصورها حتي الآن - نحو معالجة القضايا الأساسية التي تحول دون تحقيق سياسات إجتماعية أفضل في المجتمعات النامية . فما زالت المشكلات الإجتماعية تتضخم بصورة مستمرة ، نظراً لغياب سياسات التخطيط للرعاية الإجتماعية ، أو طرح " إستراتيجيات بديلة " تنبع من واقع النول النامية ، وتسهم في تخفيف حدة هذه المشكلات وأثارها السلبية على الفرد والمجتمع معاً . حقيقة ، أن مشكلاتنا في العالم الثالث ، مازالت مكرسة نحو توفير الحاجات الأساسية ، ولكن يجب تطوير تلك الحاجات أيضاً ، نحو خلق وإعداد المواطن وزيادة روح الولاء والانتماء والأمن الإجتماعي .

الهوامش والمراجع :

- (1) Titmuss , R., M., Social Policy (ed. by B. Abel Smith & K. Titmuss, London : George Allen & Unwin LTD., 1977, pp. 21 - 25.

(٢) نستخدم أحياناً مفهوم "السياسة الاجتماعية" مرادفاً لمفهوم "سياسات الرعاية الاجتماعية" وأحياناً نستخدم بصورة عكسية ، ولكنهما يشيران لشيء واحد وذلك في إطار تحليلنا لهذه القضية .

- (3) Titmuss , R., op. cit., p. 25.

- (4) Marshall, T. H., Social Policy in The Twentieth Century, (4 ed.), London : Hutchinson & Co., Publish LTD., 1977, pp. 9 - 13.

(٥) لمزيد من التفاصيل حول تلك العقبات التي تثار عند دراسة قضية سياسات الرعاية الاجتماعية وخاصة تلك العقبات المتعلقة بتحقيق "الرعاية" باعتبارها أكثر الأهداف حيوية أنظر : Ibid , pp. 14 - 15

- (6) Parker, J. , Social Policy and Citizenship , London : The Macmillan Press LTD, 1975, Chap. (9).

- (7) Ibid, p. 167.

(٨) يستطيع القارئ أن يجد تحليلاً مفصلاً حول تلك النماذج التي طرحها (تيتموس) ومعالجتها لها بصورة واقعية ، ومدى تصوره لهذه النماذج وكشفها عن الكثير من القضايا المتعلقة بعملية سياسات الرعاية الاجتماعية ، وتناولها من قبل علماء الخدمة والإدارة الاجتماعية وعلماء الاجتماع والأنثروبولوجيا وغيرهم .
انظر :

- Titmuss , R. M., op. cit., Chap. (3) , (4) , (5) .

- كما توجد مجموعة من التعريفات المختلفة حول السياسة الإجتماعية التي تناولها تيتموس بشئ من التحليل ، ارجع في ذلك إلى نفس المرجع وخاصة الفصل الثاني .

- من ناحية أخرى ، توجد بعض الدراسات العربية الهامة التي سعت لتعريف وتصنيف مفاهيم السياسة الإجتماعية على المستويات الغربية والعربية ، والإشارة إلى المفاهيم المتداخلة حول السياسة الإجتماعية بصورة عامة . انظر :

- محروس محمود خليفة ، السياسة الإجتماعية والتخطيط في العالم الثالث : الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٦ ، (الفصل الأول) .

(٩) لمزيد من التفاصيل حول إسهامات (بيتر تونسنند) الهامة حول مفهوم السياسة الإجتماعية منذ منتصف القرن التاسع عشر ، حتى الثمانينات من القرن الحالي ، والعلاقة بين قضية السياسة الإجتماعية وعلماء الإجتماع . ارجع إلى :

- Townsend, P. Sociology and Social Policy , Harmondsworths, Penguin, 1976.

- Townsend, P. Guerrillas, Subordinates and Passers - by : The relationship between sociologists and social policy, journal of Critical social policy , vol. (1) , N. (2), Aut. 1981, pp. 22 - 34 .

- Townsend, P. Poverty in The U. K. , Harmondsworth, Penguin, 1979.

(١٠) للمزيد من التفاصيل ارجع إلي :

- Titmuss, R. M., op. cit., chap. 1 & 2 .^١

(11) Townsend, P. Sociology and Social Policy , op. cit. pp. 1 - 3.

(١٢) توجد بعض الدراسات العربية الهامة التي تناولت تحليلات علماء الاجتماع الأوائل وإسهاماتهم في قضية السياسة الاجتماعية ، وعلاقة تلك التحليلات بكل من النشأة التطورية للمجتمع الحديث من ناحية ، ولعلم الاجتماع من ناحية أخرى لمزيد من التحليلات ارجع إلي :

- محمد أحمد بيومي ، علم الاجتماع وقضايا السياسة الاجتماعية وتشريعاتها، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٨ .

(١٣) حول إسهامات "فير" في منظمة السياسة الاجتماعية في ألمانيا ، ارجع إلي :

- عبد الله محمد عبد الرحمن ، علم اجتماع التنظيم ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية - ١٩٨٧ .

(١٤) يمثل التصنيفات الأولى ، محاولة "راميش ميشرا R. Mishra وتحديده لقضايا الرعاية الاجتماعية معتمداً في ذلك علي تحليلات كل من علماء الاجتماع والسياسة الاجتماعية وغيرهم من المفكرين الاجتماعيين الأوائل . لمزيد من التحليل ارجع إلي :

- Mishra, R., Society and Social Policy : Theories and Practice of Welfare (2 Ed.) London : The Macmillan Press LTD., 1981.

- أما التصنيفات الثانية فإنها تتمثل في كتابات ومحاولة جوليان باركر J. Parker ، والتي سعت فيها إلي تصنيف أهم النظورات السوسيولوجية وتناولها لقضية السياسة الاجتماعية بين النظورات (الوظيفية ، والإشتركية ، والليبرالية)

- Parker , J. op. cit., chap. (1) .

(15) Mishra , R., op. cit., (esp. part. (1)).

(١٦) يستطيع القارئ أن يجد تحليلات هامة عن " فكرة المواطننة " وعملية إحيائها من بين الأفكار العديدة التي ارتبطت بقضية السياسة الإجتماعية وخاصة بعد عمليات التحول التي حدثت للمجتمعات الحديثة ، وعلاقة ذلك بطبيعة البناء الإجتماعي الأسري ونسق القرابة وغير ذلك من الاتساق الأخرى ، في المرجع التالي :

- Parker , J., op. cit., chap. (2) .

(١٧) لمزيد من التحليلات ارجع إلي :

- Wedderbruns D., "Facts and Theories of The Welfare State" in R.Miliband & J. Sarille (ed.), Sociologist Register 1965, London : Morlin , pp. 65 - 139 .

(١٨) توجد بعض التحليلات الهامة لعلماء المدرسة الوظيفية والتي تمثلت في أعمال كل من بارسونز ، وبنديكس ، ولانسكي ، وخاصة تصوراتهم حول مفهوم "المواطننة" وعلاقته بفكرة التضامن الإجتماعي ارجع علي سبيل المثال :

- Parsons, T., The System of Modern Societies (Englowood Cliff, N.J.: Prentic - Hall , 1971.

- Bendix, R., Nation Building and Citizenship, N.Y. : John, Willy, 1964.

- Lenski, G., Power and Privilege, N. Y. : McGreen Hill, 1976.

(19) Mishra, R., op. cit., p. 49.

(20) Ibid, p. 68.

(21) Ibid, p. 74.

(٢٢) محمد أحمد بيومي ، مرجع سابق ، ص ٦٦ - ص ٦٧ .

(٢٣) لمزيد من التفاصيل أرجع إلي :

- Pinker, R., Social Theory and Social Policy , London : Heineman,
1977, chap. (1) .

- انظر أيضاً في هذا الصدد :

- Macrad, D., (ed.) Spencer : The man verrus The State,
Harmondsworth, Penguin, 1969, pp. 14 - 35.

(٢٤) حول إسهامات دوركايم في تحديث السياسة التعليمية بفرنسا ، وعلاقة تلك
الإسهامات بنظريته حول التضامن والتماسك الإجتماعي أرجع إلي :

- عبد الله محمد عبد الرحمن ، سوسيولوجيا التعليم الجامعي : دراسة في علم
الإجتماع التربوي ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩١ ، خاصة
الفصل الثاني .

(25) Mishra, R., op. cit., pp. 52 - 53 .

(٢٦) انظر ، عبد الله محمد عبد الرحمن ، علم إجتماع التنظيم ، مرجع سابق ،
خاصة الفصل الثالث .

(27) Durkheim, E., Suicide, London : Routledge & Kegn Paul Co.,
1951.

(٢٧) ارجع في هذا الصدد للمزيد من التحليلات حول إسهامات ماكس فيبر في منظمه السياسة الإجتماعية ،

- عبد الله محمد عبد الرحمن ، المرجع السابق ، خاصة الفصل السادس .

(٢٨) انظر :

عبد الله محمد عبد الرحمن ، سوسيولوجية التعليم الجامعي ، مرجع سابق ، الفصل الثالث .

(٢٩) للمزيد من التفاصيل انظر :

محمد أحمد بيومي ، مرجع سابق ، ص ٧٢ - ص ٧٤ .

(30) Mishra, R., op. cit., pp. 53 - 61 . Townsend, p. Sociology and Social Policy , op. cit., pp. 13 - 14 .

(٣١) عبد الله محمد عبد الرحمن ، مرجع سابق ، الفصل الثالث .

(32) Parsons. T., The Social System, N. Y. , The Free Press 1975.

Also see : Parsons, T., " The Sick Role and The Role of Physican Reconsidered" in The Millbank Memorial Fund Quarterely No. (55), 1975, pp. 257 - 278.

(٣٢) للمزيد من التفاصيل ارجع إلي :

- Semelser, J. N., " Toward a Theory of Modernization" in A. Etzioni & E. Etzioni, (ed.) The Social Change, N. Y. : Basic Books, 1974, pp. 261 - 268 .

(٣٤) ارجع للمزيد من التحليلات :

محمد بيومي ، مرجع سابق ، ص ٩٢ - ص ١٠٤ .

المبحث الثاني

أبعاد وحجم مشكلة المعوقين

تمهيد :

- (١) المستوى العالمي .
- (٢) المستوى العربي .
- (٣) المستوى الخليجي .

تمهيد :

تعتبر مشكلة المعوقين ورعايتهم من المشكلات الإجتماعية التي تمتد جنودها إلى العصور القديمة والوسطى ، إلى أن وصلت إلى الوضع الذي عليه حالياً في العصر الحديث . ولكن تختلف بالطبع أساليب الرعاية ونوعيتها حسب الوضع السياسي والإقتصادي والإجتماعي والديني الذي كان سائداً في كل عصر من هذه العصور . وكما تكشف لنا حقائق التاريخ ، إن رعاية المعوقين كانت موجودة في العصور القديمة الفرعونية وبلاد الهند وغيرها من المجتمعات الشرقية ، بينما عاشت تلك الفئات بعيداً عن أي أنواع من الرعاية لها في المجتمعات الأوروبية القديمة . وسادت العصور الوسطى الإسلامية أزمة عصور الرعاية المتنوعة للمعوقين ، وذلك في إطار سياسات التكامل والتكافل الإجتماعي للإسلام ، بينما كانت تعيش المجتمعات الأوروبية في عصور ظلامها ، نتيجة للوضع السياسي والإجتماعي والديني الذي كان سائداً بالفعل .

ولكن ما لبثت ، وتغيرت كثيراً من الأوضاع الإقتصادية والسياسية والإجتماعية في عصور الإصلاح والنهضة ، وبدأت تعيش المجتمعات الأوروبية فترات التحول نحو المجتمع الحديث . الأمر ، الذي أدى بدوره للإهتمام بالفئات الإجتماعية الفقيرة ومنها رعاية المعوقين وغيرها من الفئات الخاصة الأخرى في المجتمع الحديث ، حيث ظهرت العديد من التشريعات والقوانين الإصلاحية ، التي ركزت نحو هذه الفئة الإجتماعية ، وإن كان تم ذلك بالطبع بصورة تدريجية .

ويشهد القرن الحالي ، إهتمامات ملحوظة برعاية المعوقين وذلك علي المستوى العالمي ، ولقد استغرقت تلك الإهتمامات فترات طويلة من التطور والاعداد ، تعكس نوعية الأزمات والتغيرات العالمية التي حدثت خلال هذا القرن . وتعتبر فترة ما بعد الحربين العالميتين ، أكثر الفترات أهمية نحو توجيه الإهتمام برعاية المعوقين ، نتيجة لما أحدثته تلك الحروب من أثار كبيرة في عالم المعوقين والإعاقة . علاوة علي ذلك ،

كان لظهور عصر الصناعة الحديثة ، واستخدام التكنولوجيا المتطورة من إسهامات كبيرة في إرتفاع نسبة المعوقين ، ونضيف إلى ذلك ، ظهور الكثير من المشكلات الاجتماعية الأسرية ، وتنوع مجالات المرض والإصابة . وإيجاز ، ساهمت تلك العوامل وغيرها ، وصنور العديد من التشريعات القومية والعالمية لتوجيه الإهتمام بالمعوقين ، وزيادة عدد مؤسسات الرعاية الاجتماعية والنفسية والطبية لهم .

ويعتبر بداية عقد الثمانينات ، من أكثر المراحل في تاريخ تطور سياسات رعاية المعوقين علي المستوى العالمي بأسره ، حيث أعتبر عام ١٩٨١ عاماً نوياً للمعوقين ، وزادت الإهتمامات العالمية نحو رعايتهم وخاصة بعد أن كشفت الكثير من الدراسات والمسوح الميدانية ، مدى تقادم حجم هذه المشكلة عالمياً ، وتزايد عدد المعوقين بصورة طردية سنوياً . وعلي أية حال ، سوف نسعي حالياً - وبصورة موجزة - للإشارة إلي التطور التاريخي لرعاية المعوقين ، وحقيقة إبعاد وحجم تلك المشكلة ، علي المستوى العالمي ، والعربي ، والخليجي .

١ - المستوى العالمي :

تشير بعض التحليلات التاريخية لتطور رعاية المعوقين في الحضارات القديمة اليونانية والرومانية ، إلي أن هناك بعض الإشارات التي توضح إهتمام التشريعات الاجتماعية والقانونية للحد من الإعاقة والمعوقين . حيث كانت تشكل في أسبرطة لجنة من الأعيان وشيوخ المدينة للنظر في حالة المعوقين المولودين ، وكانت تقرر تلك اللجنة أحقية البقاء أو الخلاص من المعوقين منذ الولادة . وفي الواقع ، أن مثل تلك الإجراءات ، كانت إنمكاساً للفلسفات اليونانية للسكان قديماً ، والذي وضع أسسها كل من أفلاطون وأرسطو ، وذلك في ضوء نظريتهما عن الحد الأمثل للسكان وضرورة التخلص من الأطفال المعوقين وخاصة في المراحل الأولى بعد الولادة^(١) . أما في روما ، فلقد عث القانون الروماني للحد من تشغيل كبار السن من المعوقين وخاصة الأعمال الشاقة ، وظل ذلك القانون حتي عهد الإمبراطور (جوستينوس

Justinias) في القرن الخامس عشر والذي أمر أيضاً بتحرير المعاقين الصم (٧).

وبالرغم من وجود بعض الحقائق التي توضح رعاية المعوقين في العصور الوسطى الأوروبية ، إلا أن الأمر إزداد سوءاً في مراحل الإنتقال من تلك العصور إلى العصر الحديث ، وأصبحت بصورة عامة مشكلة رعاية المعوقين ضمن المشاكل الاجتماعية والصحية الأخرى ، التي لم تنل أدنى إهتمام لها نتيجة لطبيعة الأوضاع السياسية والإقتصادية والاجتماعية المتدهورة ، التي كان يعيشها المجتمع الأوروبي بصورة عامة (٢) . وتؤكد تحليلات كل من جون هنلان J. Hanlen ، وجورج بيكت G.Pickett (٤) ، أن معظم حالات المعوقين كانت تعالج بصورة سيئة في العصور الوسطى الأوروبية ، وخلال مراحل الإنتقال إلى المجتمع الحديث ، حيث كان يوضع معظم المعوقين في السجون للإعتقاد بأنهم مصابون بالأرواح الشريرة ، وظل هذا الوضع تقريباً حتي نهاية القرن الثامن عشر ، وبالتحديد حتي عام ١٧٩٠ ، حين ظهرت مجموعة من الإصلاحات والتشريعات الاجتماعية والصحية من أجل رعاية وعلاج للمعوقين والتي ساهم في إصدارها أحد الأطباء الفرنسيين وهو بينه P.Pinell ، الذي سعى لعلاج المعوقين في المستشفيات بدلاً من وضعهم في السجون. وما لبثت أن انتقلت تلك الإصلاحات إلى العديد من الدول الأوروبية والولايات المتحدة بعد ذلك ، وكان لظهور مرحلة العلم الحديث وخاصة علوم الطب والنفس وغيرها من إسهامات إيجابية في مجال رعاية المعوقين مع بداية القرن الحالي .

وتوضح بعض دراسات المؤرخين في مجال تأهيل ورعاية المعوقين من أمثال ليوكانير Leokanner ، وبلانشتي Blanchet ، أن رعاية المعوقين كانت إلى حد ما شبه معدومة في أوروبا ، وذلك حتي بداية القرن السابع عشر ، ولكن مع بداية عصر النهضة الأوروبية ، شهدت بعض الدول الأوروبية إهتمامات برعاية المعوقين ، إلا أنها اقتصرت فقط علي أبناء الأحياء والأمراء والأثرياء فقط . ففي أسبانيا ، كشفت

بعض الكتابات عن وجود بعض المعالجن للمعوقين من أمثال بابلو بونت Paplo Bonnet ، الذي اهتم بمعالجة أبناء الأثرياء في قشتالة . كما ظهر الطبيب بيدرو بونسى Pedro Ponce ، الذي قام برعاية الأطفال الصم الثلاثة لحاكم أسبانيا فالسكو Valsco . وفي بريطانيا ، اهتم جون واليس J. Wallis بتعليم النطق للأطفال الصم ، وإستخدام حواس الإنسان العادية ، وذلك حتي بداية القرن الثامن عشر . أما في سويسرا ، فكان يوجد طبيب عربي وهو جون كونراد عمان J. C. Amman ، الذي قام بعلاج بعض الأطفال شديدي الإعاقة السمعية أيضاً في كل من فرنسا وهولندا (٥) .

وبعد ذلك ، توالى الإهتمامات برعاية المعوقين في أواخر عصر النهضة ، فظهرت أول المدارس الخاصة بمعالجة المعوقين ، وكان ذلك في عام ١٧٦٠ بباريس بواسطة الراهب دي اليبى De Lepee . كما ابتكر أول قاموس للتعامل بالإشارات مع الصم والبكم وذلك في عام ١٨٠٨ بواسطة سيكار Sicar . واهتم بإنشاء مدارس للصم والبكم وتعليم المعوقين خاصة بعد قيام الثورة الفرنسية . أما فئة المعاقين عقلياً ، فلم يعط لهم أدنى إهتمام إلا بعد منتصف القرن التاسع عشر ، وخاصة بعد جهود الأطباء الفرنسيين من أمثال ج . إيتارد J. Itard ، وإيسيرو Esuirop ، وسيجا Segain وغيرهم ، الذين قاموا بتحليل شخصيات المعوقين عقلياً ، ومعرفة سبل علاجهم بالمستشفيات ، وما لبثت أن انتشرت تلك الجهود إلي كل من بريطانيا والولايات المتحدة وذلك في أواخر القرن التاسع عشر . وفي عام ١٨٤٠ ، أنشئ في سويسرا مركز خاص لتربية وتأهيل المعوقين عقلياً ، وذلك بواسطة الطبيب جوجنبه Goggenbuh ، الذي ساهم في إنتشار مثل تلك المراكز لرعاية هذه الفئة في العديد من الدول الأوروبية وخاصة في كل من الدنمارك ، والنمسا ، والمانيا .

ومن منظور تطوري تاريخي للمراحل الأولى ، لنشأة المؤسسات التربوية والعلاجية الخاصة بالمعوقين في أوروبا ، التي بدأت بالفعل مع أواخر القرن التاسع

عشر. نجد أنه قد أنشئ في فرنسا حوالي سبعين مؤسسة في النصف الأخير من ذلك القرن ، وبلغ عدد تلك المؤسسات في كل من ألمانيا وروسيا علي حده مائة مؤسسة ، وثماني عشرة مؤسسة أخرى في سويسرا . أما في المملكة المتحدة ، فكان عدد تلك المؤسسات سبعة فقط ، حيث أنشئ أولها في عام ١٨٦١ بمدينة لندن . ولم يتجاوز نصيب الولايات المتحدة إلا خمس عشرة مؤسسة فقط ، خلال تلك الفترة (النصف الثاني من القرن التاسع عشر) . وبإيجاز ، كانت تلك المرحلة ، أولى البوادر لمحاولة الإهتمام بالمعوقين ، وإن كانت تتميز بعدم إدماج المعوقين في المجتمع ، وإقتصارها علي الرعاية الصحية فقط .

أما المرحلة التالية ، التي بدأت مع أوائل القرن الحالي ، فلقد كرسست الجهود ، لمحاولة إدماج المعوقين وخاصة المعوقين عقلياً ، وتظهر ذلك بصورة مميزة في كل من فرنسا وألمانيا ، وانتقل هذا الإهتمام بعد ذلك لكل من المملكة المتحدة والولايات المتحدة ، حيث اهتم عموماً بإعداد الكوادر المدرسية لتعليم وتأهيل المعوقين ، والسعي لإدماجهم في المجتمع . أما فئة المعاقين حركياً فلم يهتم بهم بصورة ملحوظة ، إلا بعد إنتهاء الحرب العالمية الأولى ، وذلك نتيجة للضغوط الإجتماعية المتعددة ، وإنشاء جمعيات وهيئات المحاربين ، والجمعيات الأخرى التي دعت للإعتراف بحقوق هذه الفئات الإجتماعية وأحقية رعايتهم في المجتمع الحديث . وفي الواقع ، ساهم في ذلك الإهتمام لكل من المعوقين عقلياً وحركياً ، إنتشار دراسات علم النفس ، وإستخدام مقاييس الذكاء الذي بدأه بالفعل العالم الفرنسي الوار بينه A. Binet ، واستخدم بعد ذلك علي نطاق واسع في العديد من الدول الأوروبية . علاوة علي ذلك ، كان لتطور علوم الوراثة والأحياء إسهامات ملحوظة في مجال رعاية المعوقين .

ويشهد النصف الأخير من هذا القرن ، أي بعد عام ١٩٥٠ ، مرحلة جديدة ، وتطورات ملحوظة في مجال الإهتمام بالمعوقين ، وساعد علي ذلك ظهور الإهتمامات النوية بهذه الفئة ، بعد الحرب العالمية الثانية مباشرة ، وأدركت الكثير من دول العالم

أهمية المعوقين غير القادرين ذهنياً وحركياً . وبالطبع ، ظهرت الكثير من المشاكل المالية التي ساهمت في بطء عمليات الإعداد والتنفيذ . ولكن ما لبثت أن تزايدت الإهتمامات العالمية ، وإيضاً السياسات الحكومية القومية ، وصدر العديد من التشريعات القانونية والاجتماعية والصحية ، وحقوق المعوقين في الحياة والعمل . كما كانت لإسهامات التقدم الطبي الحديث ، بإنجازات هامة في مجال الرعاية الصحية للمعوقين ، ومن أهم تلك الإنجازات إكتشاف لقاح ضد مرض شلل الأطفال عام ١٩٥٦ ، والذي ساهم في تخفيض نسبة المعوقين إلي النصف تقريباً . هذا بالإضافة إلي ، تقدم مجال طب العيون ، والحد من الإصابات المتزايدة للأطفال المكفوفين أيضاً ، وينطبق ذلك علي العديد من الإسهامات الطبية الأخرى في مجال أمراض الحصبة وغيرها .

ومن ناحية أخرى ، شهدت حقبة السبعينات والثمانينات ظهور العديد من التشريعات العالمية ، وتطبيق فكرة الحقوق الطبيعية للمعوقين ، وضرورة تأهيلهم والبحث عن وسائل جديدة لعلاجهم ورعايتهم ، ولقد ساهم ذلك في إكتشاف طرق وأساليب تأهيلية متعددة . وفي الواقع ، كان لإهتمام المنظمات العالمية أدوار إيجابية هامة في مجال رعاية المعوقين ، وخاصة جهود هيئة الأمم المتحدة والمنظمات المتعددة التابعة لها ، ولقد توجت هذه الجهود في سلسلة من الإجراءات العملية ، بدأت بإعلان الأمم المتحدة لحقوق الطفل ، والمعوقين . الأمر ، الذي جعل عام ١٩٨١ عاماً دولياً لرعاية المعوقين ، وخاصة بعد أن سبق ذلك سلسلة من الدراسات والبحوث الميدانية ، التي كشفت عن نتائج هامة تتعلق بلواية الإهتمام بمشكلة المعوقين ، والذين بلغت نسبتهم علي المستوي العالمي حوالي ١٠٪ من العدد الإجمالي للسكان .

وتكشف بعض الإحصاءات العالمية ، عن مدى زيادة حجم مشكلة المعوقين عالمياً وعن تلك النسبة السابقة والتوقعات المستقبلية لأبعاد هذه المشكلة وحتى عام ٢٠٠٠ . ومن أهم تلك الإحصاءات (٧) ، أن إجمالي نسبة المعوقين في الدول المتقدمة

تصل (عام ٢٠٠٠) إلى ١٣٦ مليون ، من بينهم ٨١٫٦ مليون شديدي الإعاقة . أما الدول النامية ، فسوف يصل عدد المعوقين بها إلى ٧٠٫٩٧ مليون معاق ، من بينهم ٤٢٫٥٨ مليون شديدي الإعاقة . وطبقاً لإحصاءات عام (١٩٨١) ، والتي تشير إلى إجمالي المعوقين عالمياً تقدر نسبتهم ١٠٪ من الإجمالي العام للسكان ، ولكن نجد هناك تفاوتاً كبيراً بين الدول المتقدمة والنامية ، فلقد بلغ متوسط المعوقين ٨٪ في الدول المتقدمة ، أما الدول النامية فيرتفع هذا المتوسط إلى ١٣٫٥٪ ، بينما يصل إلى ٢٠٪ في الدول الأكثر تخلفاً . كما يلاحظ أيضاً ، علي تلك المؤشرات الإحصائية معدلات الزيادة السنوية وتباينها بين الدول المتقدمة والنامية ، فلقد بلغ معدل الزيادة السنوية للمعوقين في الدول المتقدمة ٠٫٧٥٪ ، بينما يرتفع هذا المعدل إلى حوالي ٢٫٥٦٪ في الدول النامية .

٢ - المستوي العربي :

تؤكد الكثير من كتابات المؤرخين عن وجود أنواع متعددة من الرعاية الاجتماعية في العصور القديمة في مصر الفرعونية ، وكان ذلك في إطار العقيدة الدينية وطبيعة الحياة الاجتماعية ، هذا بالرغم من وجود الكثير من مظاهر الاستبداد الذي كان يمارسه الفراعنة علي العديد من الفئات الاجتماعية . وتعكس العديد من التحليلات التاريخية ، عن مدى إهتمام بعض الملوك والفراعنة بأنماط من الرعاية الاجتماعية ، ومنهم علي سبيل المثال " امنمحات الأول " ، و " رمسيس الثاني " وغيرهما ، حيث أعطيا إهتماماً ملحوظاً برعاية الفقراء والأيتام والأرامل والعجزة والمحتاجين بصفة عامة . وبالنسبة ، ساهم في ذلك طبيعة الدور الديني لرجال الكهنة ، وعملية تنظيم العلاقات الاجتماعية والدينية ، والإهتمام بما يسمى بالفئات الاجتماعية الخاصة . (٨)

وتعتبر العصور الوسطى ، من أهم العصور التاريخية التي اهتم فيها بالرعاية الاجتماعية في البلاد العربية . نتيجة لحجى الإسلام ، ومبادئ التكافل

والتكامل الإجتماعي ، التي يرتكز عليها الدين الإسلامي في توجيهه للحياة الاجتماعية والإقتصادية والسياسية بصورة عامة (١) . فلقد حرص الإسلام ، منذ أيام الرسول عليه الصلاة والسلام ، علي الرعاية الإجتماعية ، والمساواة بين الفئات من البشر ، والعدل ، والإحسان ، وذلك إنطلاقاً من توجيهات القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة . كما أعطيت الكثير من الحقوق لغير القادرين من الضعفاء والمرضى والمعوقين ، فيقول عز وجل "ليس علي الأعرج حرج ، ولا علي المريض حرج " (سورة النور) . كما جاء في سورة (عبس) قصة (ابن أم مكتوم) ، حيث يقول سبحانه وتعالى معاتباً سيدنا محمد عليه الصلاة والسلام "عبس وتولي ، أن جاءه الأعمي ، وما يدريك لعله يزكي ، أو يذكر فتتنفعه الذكرى " الآيات ١ - ٤ . ويؤكد لنا القرآن الكريم علي ضرورة الإهتمام بالضعفاء عموماً ، وذلك في مواضع كثيرة أخرى ، فيقول تبارك وتعالى في (سورة الضحى آيات ٩ - ١١) " فأما اليتيم فلا تقهر ، وأما السائل فلا تنهر ، وأما بنعمة ربك فحدث " . وأيضاً في (سورة المعراج آية ٢٤ - ٢٥) " والذين في أموالهم حق معلوم للسائل والمحروم " صدق الله العظيم .

وطبقاً لتعاليم الإسلام ، حدد سبل التكافل الإجتماعي عن طريق إحدى أركان الإسلام الأساسية وهي الزكاة ، فلوضح أن أهم الفئات الإجتماعية التي هي أولى بالوصول عليها هم الفقراء والمساكين ، وفي الرقاب ، والفارمون ، وابن السبيل . حقيقة ، إن الحديث قد يطول حالياً في عرض توجيهات الدين الإسلامي ، نحو رعاية الفقراء والمحتاجين والعجزة بصورة خاصة . ولقد اعتمد الإسلام وسائل متعددة للرعاية الإجتماعية والتي تقوم علي أسس سليمة ومتكاملة ، حيث تعتمد تلك الوسائل علي أسلوبين أساسيين هما : أولاً ، أسلوب التوجيه للمسلمين نحو تنفيذ الشريعة الإسلامية ، والعمل علي تحريك الضمير الإنساني لتطهير النفس البشرية بصورة مستمرة . ثانياً ، أسلوب التشريع والتكليف ، مثل فرض الزكاة ، وجعلها حقاً في رقاب القادرين لغير القادرين ، كما هي أيضاً حق معلوم للفئات الإجتماعية غير

القادرة . وإلى جانب الزكاة ، توجد الصدقات ، فهي عنصر هام من عناصر التكامل الإجتماعي والإحساس بالرحمة ، علاوة على ذلك ، فهي فرض حسن مضمون عند الله سبحانه وتعالى للناس يحصلون عليها في الآخرة .

وحرص المسلمون الأوائل وفي عهد الخلفاء الراشدين برعاية الفقراء والمحتاجين والمعوقين ، وشملت تلك الرعاية فئات إجتماعية أخرى مثل الأرقاء والأماء . ويعتبر عمر بن الخطاب ، أول من سن شريعة إجتماعية لحماية المستضعفين والطفولة ، حيث أنشأ ديواناً للأطفال المستضعفين ، وكان يقوم بتمويله من بيت المال . كما اهتم الخلفاء الراشدون برعاية المتسولين والأرامل ، والأيتام ، والمكفوفين بالإضافة إلى مرضي الجذام وكان ذلك في عام ٦٣ هـ . وامتد ذلك النشاط الإجتماعي في عهد الخلافة الأموية والعباسية ، وخاصة في أيام الخليفة عمر بن عبد العزيز ، والخليفة عبد الله بن مروان ، وإهتمامهما الملحوظ برعاية المعوقين والمصابين بأمراض مستعصية وغيرهم من الفئات غير القادرة .

وبالطبع ، ساهم في الإهتمام برعاية المعوقين والفئات الفقيرة المحتاجة في المجتمع الإسلامي ، بالعناية بالرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الإجتماعية . حيث أنشئت العديد من البيمارستانات في كافة أرجاء العالم الإسلامي ، في حين كان يعيش بقية أجزاء العالم في حالة من الظلام والفقر والتخلف . وفي كثير من تلك البيمارستانات ، كان يخصص منها أقسام خاصة للعناية بالمعوقين نفسياً وعقلياً وحركياً ، هذا إلى جانب وجود أقسام أخرى للإهتمام بالأيتام والأحداث والأرامل والمحتاجين وغيرهم . ويكشف لنا مؤرخي الطب الإسلامي^(١٠) ، أن أساليب متطورة في مجال رعاية وتأهيل المعوقين استخدمها المسلمون وخاصة في عهد الوليد بن عبد الملك ، حيث أنشأ داراً للمجنومين وغيرهم من ذوي العاهات ، كما ظهر من الفئات المعوقة وخاصة المكفوفين العديد من الأطباء ، ومنهم من تولي إدارة مستشفيات بأكملها ، مثل الطبيب الكفيف أبو الحسن البغدادي الذي تولي إدارة بيمارستان دار الحكمة لسنوات طويلة .

ومن ناحية أخرى ، لقد تلقى أطباء العرب وخاصة في مجال رعاية المعوقين نفسياً وعقلياً ، واستخدموا وسائل للعلاج من الأمراض العقلية المستعصية ، كما ظهرت العديد من المؤلفات والكتب الطبية في هذا المجال ، ومن أهم تلك المؤلفات كتاب ابن عمران عن " المانخوليا " ، وابن الهيثم عن استخدام الموسيقى لعلاج الإنسان وخاصة المصابون بالأمراض النفسية والعقلية . (١١)

وفي حقيقة الأمر ، فقد تأثرت طبيعة الرعاية الاجتماعية والصحية للمعوقين بعد إنهاء الدولة الإسلامية ، ونتيجة للتغيرات السياسية والاقتصادية التي حدثت في العالم العربي خلال القرنين السابع عشر والثامن عشر الميلادي ، ودخول معظم الدول العربية تحت وطأة الاحتلال التركي لقرون طويلة . ولم يختلف الأمر كثيراً خلال القرن التاسع عشر ، نتيجة لتقسيم العالم العربي كمستعمرات تابعة للدول الغربية ، حيث لم يهتم برعاية المعوقين بعد ذلك ، إلا بعد إنتهاء الحرب العالمية الثانية وحصول بعض الدول العربية علي إستقلالها السياسي .

وعلي أية حال ، لقد ارتبطت عملية الإهتمام برعاية المعوقين علي المستوي العربي بطبيعة المستوي العالمي ككل - وكما أشرنا إلي ذلك مسبقاً - فلقد كان لصدر سلسلة من إعلانات حقوق الإنسان والتي بدأت بصفة خاصة في عام ١٩٤٥ ، ثم إعلان حقوق الطفل عام ١٩٥٩ ، وحقوق الأفراد المتخلفين عقلياً في عام ١٩٧١ ، وقرارات المجلس الإقتصادي والإجتماعي للأمم المتحدة بشأن رعاية المعوقين وتأهيلهم عام ١٩٧٥ . علاوة علي ذلك ، كان لإنشاء جامعة الدول العربية ، وصنود ميثاق العمل الإجتماعي ، الذي أقره وزراء الشؤون الإجتماعية عام ١٩٧١ ، بادرة إهتمام إيجابية وتوجيه السياسات الحكومية العربية ، نحو الإهتمام برعاية المعوقين ، وتبني إستراتيجيات لتطوير التربية الخاصة والعمل الإجتماعي للمعوقين ، كما كانت لإهتمامات منظمة العمل العربية إسهامات ملحوظة في مجال رعاية وتأهيل وتوظيف المعوقين في الدول العربية . (١٢)

وفي الواقع ، أن غياب الإحصاءات العامة للإمالة والمعوقين علي مستوى العالم العربي ، تعتبر من أهم المشكلات التي تواجه المهتمين بهذه القضية بصفة عامة ، اللهم إلا بعض الدراسات الغربية ^(١٢) التي أجريت علي مستوى بعض الدول العربية والتي يمكن أن تسهم في معرفة بعض أبعاد تلك المشكلة وحجمها في هذه الدول . كما يمكن الرجوع إلي بعض إحصاءات وتقارير الأمم المتحدة ، عن حجم مشكلة المعوقين في الوطن العربي ، حيث أشار أحد تلك التقارير ، إلي أن إجمالي عدد المعوقين يتراوح نسبتهم الإجمالية ١٠٪ من عدد السكان وهي نفس المتوسط العالمي للمعوقين علي مستوى العالم وذلك عام ١٩٨١ . حيث قدر عدد المعوقين علي مستوى الوطن العربي ما بين ١٣ - ١٥ مليون ، علي اعتبار أن العدد الإجمالي للسكان كان يقدر بحوالي ١٥٠ مليون نسمة .

وبصورة موجزة ، وبعد أكثر من عشر سنوات تقريباً (وبالتحديد في عام ١٩٩٢) ، نستطيع القول ، أن نسبة المعوقين في العالم العربي قد تزايدت بصورة كبيرة ، حيث يمكن تقدير إجمالي عدد السكان حالياً بحوالي ٢٢٠ مليون نسمة ، ومع إفتراضنا بثبوت نسبة المعوقين ١٠٪ من حجم السكان كما حددتها إحصاءات الأمم المتحدة في بداية الثمانينات ، فإن نسبة المعوقين حالياً تقدر بحوالي ٢٢ مليون معوق. وبالطبع ، هناك الكثير من العوامل التي تسهم في زيادة المعوقين في العالم العربي ومنها وهي :

أولاً : أن جميع الدول العربية مثل غيرها من دول العالم الثالث والتي تبلغ متوسط حجم المعوقين بها ما بين ١٣,٥٪ - ١٥٪ من حجم السكان .

ثانياً : أن هناك تزايداً مستمراً في حجم السكان نتيجة لتبني عدد كبير من الدول العربية سياسات تشجيع النسل.

ثالثاً : مازالت مشكلات متعددة تسهم في حجم المعوقين ومنها التخلف

الصحي، وعدم نمو الوعي الإجتماعي ، وإنتشار زواج الأقارب ، وحوادث المرور وغيرها من العوامل المسببة في الإعاقة التي سوف نهتم بمعالجتها بصورة أكثر تفصيلاً لاحقاً .

٢ - المستوى الخليجي :

تجدر بنا الإشارة ، قبل أن نتناول أبعاد وحجم مشكلة المعوقين في المجتمعات الخليجية ، أن نوضح حقيقة هامة مؤداها ، أن إهتمامات الدراسة الحالية تتركز حول تحليل أبعاد هذه المشكلة من الناحية الواقعية في المجتمعات الخليجية ، ولذا كان اختيار مجتمع الدراسة إحدى هذه المجتمعات ، وهي "سلطنة عمان" . كما تكاد لا توجد بالفعل دراسات واقعية أو ميدانية حول مشكلة المعوقين في مجتمعات الخليج ، ومن ناحية أخرى ، وحسب معلومات الباحث ، لم تجر أي دراسة ميدانية للأن حول المعوقين في سلطنة عمان وحتى وقت كتابة التقرير النهائي لهذه الدراسة . ومن ثم ، تجب أهميتها للكشف عن الكثير من جوانب مشكلة المعوقين ومؤسسات تأهيلهم ورعايتهم في هذه المجتمعات العربية .

وفي الواقع ، عند تحديد عملية التطور التاريخي لمشكلة المعوقين علي المستوى الخليجي في العصر الحديث ، ظهرت العديد من الصعوبات التي تواجه عملية البحث والدراسة ، نظراً لغياب الإحصاءات وعدم توافرها وخاصة فيما يتعلق بحجم وأعداد المعوقين ، بالإضافة إلي حداثة النشأة التاريخية لقيام المؤسسات الإجتماعية بها ، وذلك بالمقارنة بغيرها من الدول العربية الأخرى .

وتشير بعض التقارير الرسمية عن حجم مشكلة المعوقين بدول الخليج العربي ، وخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي عن بعض الإحصاءات التي يمكن الإستفادة منها كمؤشرات للتعرف علي بعض الجوانب الواقعية لهذه المشكلة . إلا أننا نود أن نشير مسبقاً ، أن هذه الإحصاءات اعتمدت أساساً علي حالات المعوقين المسجلة في

المؤسسات الحكومية أو الأهلية ، ولم تستند علي إحصاءات عامة وشاملة للمعوقين في هذه المجتمعات . علاوة علي ذلك ، أن هذه الإحصاءات الرسمية تقتصر علي بعض الولايات أو مراكز ومؤسسات المعوقين دون حصر لأعداد المعوقين ككل .

وفيما يلي ، يمكن أن نشير إلي أهم هذه الإحصاءات الرسمية لعام ١٩٨٩ ففي دول مجلس الخليج وطليمة أبعاد مشكلة المعوقين فيها (١٤) :

١ - المملكة العربية السعودية ، فقد بدأت فيها مؤسسات رعاية المعوقين منذ بداية الخمسينات ، عند إنشاء وزارة العمل والشئون الإجتماعية ، وتم بعد ذلك تشكيل لجنة لتنسيق الخدمات للمعوقين بين مجموعة من الوزارات تقوم بتقديم خدمات رعاية المعوقين بها ، وذلك طبقاً لقرار مجلس الوزراء رقم ٣٤ لعام ١٤٠٠ هـ . ولقد بلغ عدد المعوقين الذين تشرف عليهم وزارة العمل والشئون الإجتماعية (٢٤٨٤٣) معاقاً منهم (١٢٤٣٣) ذكور ، (١٢٤١١) إناث . وتشمل هذه الأعداد مختلف الإعاقات بصفة عامة . علاوة علي ذلك ، فإن الأمانة العامة ، للتعليم الخاص بوزارة المعارف ، تشرف علي مجموعة من المعاهد المختلفة في المملكة ، ويقدر عدد المعاقين فيها (٤٠٧١) منهم (٢٥٣٥) ذكور ، و (١٥٣٦) إناث .

ويوجد بالمملكة ثلاثة عشر مركزاً للتأهيل المهني والإجتماعي ، ومؤسسات لرعاية الأطفال المشلولين ، وتشرف عليها وزارة العمل والشئون الإجتماعية . كما يتولي رعاية وتأهيل المعوقين (٢٢) معهداً تتبع لإشراف الأمانة العامة للتعليم الخاص ، ومن بين هذه المعاهد (١٠) معاهد لكتفولي البصر ، و (١٤) معهداً للصم ، و (٩) معاهد للتخلف العقلي .

ومن ناحية أخرى ، تتعدد برامج وأنشطة الرعاية المختلفة التي تقدم للمعوقين في المملكة ، كما يوجد كثير من أوجه التعاون بين الهيئات والوزارات المختلفة لتقديم الوسائل التأهيلية والعلاجية اللازمة . كما صدرت مجموعة من التشريعات الخاصة ،

التي تكفل الشرعية القانونية والإجتماعية لمساعدة المعوقين بصورة عامة .

٢ - دولة الكويت : اهتم برعاية وتأهيل المعوقين منذ منتصف الخمسينات تقريباً ، ويشارك في تقديم الرعاية الإجتماعية والصحية للمعوقين ، كل من الهيئات الرسمية الحكومية التي تتولاها كل من وزارتي الشئون الإجتماعية والعمل ، ووزارة التربية . كما أن هناك نشاط ملحوظ للقطاع الأهلي ، وخاصة بعد تأسيس الجمعية الكويتية لرعاية المعوقين . ولقد بلغ عدد المعاقين الذين يشرف عليهم القطاعين الرسمي والأهلي ، بحوالي (٩٤١) معاق من الجنسين ، وتتراوح فئاتهم العمرية ما بين ٥ - ٤٤ سنة . أما وزارة التربية ومدارس المعوقين الخاصة ، فأنها تقدم الرعاية المختلفة إلي حوالي (٢٠٠٠) معاق من الجنسين ، ومن أهم هذه المدارس الخاصة ، مدارس التربية الفكرية ، والنور ، والأمل ، والرجاء .

وتتعد الإدارات الحكومية لرعاية المعوقين ، لتشمل رعاية (٩٤١) معوق موزعين حسب جميع الإعاقات المختلفة ، بما في ذلك دار لرعاية المسنين من المعوقين والذين يتم رعايتهم رعاية شاملة . أما الجمعيات الأهلية التي تقوم بالإشراف عليها الجمعية الكويتية فيستفيد من خدماتها (٢٥٧) معاقاً من الجنسين . وتوجد الكثير من برامج وأنشطة الرعاية المختلفة ، التي تقدم علي المستوي الحكومي والأهلي للمعوقين ، كما صدرت مجموعة من التشريعات الخاصة برعاية المعوقين ، حيث يمنح قانون المساعدات الإجتماعية للفرد المعاق مساعدة شهرية مقدارها (١٣٢) درهم ، هذا بالإضافة إلي علاوات التأهيل عند الالتحاق بالمراكز المتخصصة أو الدورات التدريبية والتأهيلية .

٢ - دولة الإمارات العربية ، بدأت نشاط رعاية المعوقين بدولة الإمارات منذ عام ١٩٧٢ ، ويقوم بتقديم هذه الأنشطة مجموعة من المراكز المتخصصة التابعة للدولة ، وايضاً عدد من المؤسسات الأهلية المختلفة التي توجد في بعض الإمارات . وحسب الإحصاءات المتاحة ، لمراكز تأهيل المعوقين في كل من (أبو ظبي ونجبي) ،

فأنها تشرف علي (٢٢٢) معاق ، منهم (٢١٠) ذكور و (١١٢) إناث . ويضم مركز ظبي (١٥٨) معاق ، ومركز تأهيل المعوقين ببني (١٦٤) معاق . وتشرف هذه المراكز علي رعاية المعوقين الذين يتراوح أعمارهم بين ٤ - ٢٥ سنة . ويتوزعون حسب جميع الإعاقات المختلفة . وبصورة عامة ، تخضع هذه المراكز لرعاية وتأهيل المعوقين لإشراف وزارة العمل والشؤون الإجتماعية ، بالإضافة إلي المؤسسات الأهلية والخيرية الأخرى ، التي توجد في عدد من الإمارات وتسهم في مجال رعاية المعوقين .

٤ - دولة البحرين ، يرجع تاريخ الإهتمام برعاية المعوقين في دولة البحرين إلي عام ١٩٧٠ ، ولكن إزدادت عملية الإهتمام بهذا المجال خاصة بعد تأسيس اللجنة الوطنية العليا للمعوقين في عام ١٩٨٤ ، وذلك بإشتراك مجموعة من الوزارات الحكومية ، وتتولي هذه اللجنة رسم السياسة العامة لتأهيل المعوقين ، وإقتراح التشريعات اللازمة وإعداد الدراسات بتنفيذ برامج عمل ورعاية وتأهيل المعوقين . وينقسم العمل في مجال رعاية المعوقين بإهتمامات الجانب الرسمي ، وذلك بإشراف وزارة العمل والشؤون الإجتماعية ، كما يسهم في هذا المجال جهود أهلية مثل جمعية رعاية الطفل والأمومة ، ومركز البحرين للحراك الدولي ، وجمعية الصداقة للمكفوفين .

وحسب تعداد السكان لعام ١٩٨١ بدولة البحرين ، فلقد بلغت نسبة المعوقين ٩٩١٪ من عدد السكان ، أي تقريباً (٢٤٧٨) معاقاً ، منهم (٢٢٠٥) ذكور ، و (١٢٧٣) إناث . وتتوزع أعمار عدد المعوقين ما بين ٤ سنوات - ٦٥ عاماً فأكثر ، كما تشمل جميع فئات وأنواع الإعاقة المختلفة . ويشرف علي رعاية وتأهيل المعوقين عدد من المعاهد والمراكز الرسمية والأهلية ، ويستفيد من خدماتها حوالي (١٩٤٤) معاقاً ، ويقدر عدد العاملين في هذه المؤسسات بحوالي (٢١٢) عاملاً ومتخصصاً في مجال رعاية المعوقين . ومن أهم تلك المؤسسات ، مركز التأهيل ، ودار التأهيل للأطفال

ومعهد الأمل للأطفال ، ومعهد النور ، والمركز البحريني للحراك الدولي ، ووحدة الخدمات التأهيلية .

ولقد صدرت مجموعة من التشريعات الخاصة برعاية المعوقين وتأهيلهم في دولة البحرين وكان من أهمها ، قانون عمل وتشغيل المعوقين وخاصة في القطاع الأهلي الصادر في عام ١٩٧٦ . ويسهم كل من القطاعين الرسمي والأهلي ، في إعداد العديد من الأنشطة والبرامج المختلفة لتأهيل المعوقين تربوياً وإجتماعياً ومهنياً ، والعمل علي نشر الوعي الإجتماعي والصحي بشأن الإعاقة وكيفية الوقاية منها ، والحد من إنتشار أسبابها المختلفة .

٥ - دولة قطر ، يبدأ تاريخ الإهتمام برعاية المعوقين بدولة قطر ، مع بداية السبعينات ، وتتولي عمليات الرعاية كل من الجهات الرسمية الحكومية والأهلية معاً ، وتقوم كل من وزارة التربية والتعليم ، ووزارة الصحة بالإشراف الرسمي علي رعاية المعوقين ، أما الجانب الأهلي ، فيشرف عليه جمعية الهلال الأحمر القطري . وحسب تقديرات عام ١٩٨٩ ، فلقد بلغ عدد المعوقين الذين يشرف عليهم كل من الجانبين الرسمي والأهلي بحوالي (٧٣٤) معاقاً ، منهم (٤٦٤) ذكور ، و (٣٧٠) إناث . وتتراوح جميع أعمار المعوقين المستفيدين من الخدمات الأهلية والرسمية ما بين ٥ - ٢٤ سنة (وخاصة في القطاع الرسمي) ، كذلك يتوزعون علي جميع أنواع فئات الإعاقة المختلفة .

ومن أهم المؤسسات التي تقوم برعاية وتأهيل المعوقين بدولة قطر ، ثلاث مدارس للتربية الخاصة ، واحدة للذكور واثنان للإناث ، وتقوم بالإشراف عليها وزارة التربية والتعليم . ويتولي الإشراف علي الجانب الأهلي جمعية الهلال الأحمر القطري ، التي تقوم بتوفير الرعاية اللازمة عن طريق متطوعين في كافة التخصصات المساعدة . ويسهم كل من القطاعين الرسمي والأهلي في وضع البرامج والأنشطة

والتسهيلات اللازمة للمعوقين ، وإعداد وتدريب القائمين علي رعايتهم في المؤسسات الحكومية أو الأهلية أيضاً .

٦ - سلطنة عمان ، ترجع البوادر الأولى للإهتمام بالمعوقين بالسلطنة علي المستوى الرسمي ، وذلك تنفيذاً للمرسوم السلطاني رقم ١٩٧٣/٣٤ والخاص بتشغيل المعوقين في القطاع الخاص . وطبقاً للتقديرات الرسمية لعدد المعوقين في عام ١٩٨١ والذين سجلوا رسمياً في الدوائر الحكومية بحوالي (٣.٣٤) معاقاً ، منهم (١٨٧١) ذكر ، و (١١٦٣) إناث . واقد بدأت الإسهامات التنفيذية برعاية المعوقين بالسلطنة مع بداية عام ١٩٨١ ، بعد تشكيل لجنة عليا لرعاية المعوقين ، لتسهم في الإهتمام بهذه الفئة ، إلا أن هذه اللجنة أعيد تشكيلها مرة أخرى ، وتأسست لجنة وطنية لرعاية المعوقين في عام ١٩٩١ ، لإتخاذ إجراءات أكثر فاعلية والإهتمام بمشكلة المعوقين .

ويتولي الجانب الرسمي ، الإهتمام برعاية المعوقين تحت إشراف كل من وزارتي الشؤون الإجتماعية والعمل ، والتربية والتعليم . ولقد ظهر حديثاً ، مع بداية التسعينات عدد من الجمعيات والمؤسسات الأهلية وأنشئت بعض المراكز لرعاية المعوقين وأسرههم مثل مركز بديد ، ومركز فزدي أما المراكز الحكومية ، فمن أهمها مركز المعوقين بالفوخ . وافتتح عام ١٩٩١ ومركزاً آخر في صلالة ، ويجري حالياً إفتتاح مركزاً للمعوقين بالبريمي .

وباعتبار ، أن سلطنة عمان هي مجتمع النراسة الميدانية الحالية ، سوف نقوم فيما بعد ، بتحليل خطوات وعمليات تطور الإهتمام برعاية المعوقين ، وأهم المؤسسات والمراكز التي تهتم بقضية المعوقين ، ونوعية البرامج والأنشطة والتسهيلات التي تقدم للمعوقين ولأسرههم . وماهي أهم المشكلات الواقعية التي تواجه مؤسسات ومراكز رعاية المعوقين ، وذلك في ضوء نتائج النراسة الميدانية .

وبالرغم من أهمية تلك الإحصاءات الرسمية ، في دول الخليج حول مشكلة رعاية المعوقين ، وإشارتها إلى الجهود الرسمية والأهلية وطبيعة المؤسسات والمراكز التي تقوم بتقديم الرعاية للمعوقين وتأهيلهم . إلا أن تلك الإحصاءات لم توضح صورة كلية عن حجم مشكلة المعوقين في هذه المجتمعات ، ووجه غياب الإحصاءات والمسوح الميدانية العامة إحدي المشاكل الرئيسية ، وراء عدم توافر المادة العلمية اللازمة ، التي يمكن علي ضوئها التعرف علي الأبعاد الحقيقية لهذه المشكلة ، أو علي الأقل تقديم كافة الخدمات اللازمة للمعوقين في هذه المجتمعات . وبالطبع ، يرجع عامل "الحداثة" ، سواء للنشأة التاريخية والإهتمام برعاية المعوقين ، أو قيام المؤسسات ومراكز التأهيل ورعاية المعوقين في بعض تلك الدول . ومن ثم ، فمازالت مشكلة قلة الإحصاءات العامة إحدي مصانير مشكلات البحث والدراسة في هذا المجال ، كما أنه يعد بالضرورة إحدي معوقات زيادة الفاعلية والكفاءة للعمل في مجال المعوقين ، وتقديم سبل الرعاية لجميع الفئات العمرية المختلفة للمعوقين في هذه المجتمعات .

ويمكن الرجوع إلي بعض التقديرات والإحصاءات العامة ، التي تشير إلي الحجم الإجمالي لمشكلة المعوقين في مجتمعات الخليج والتي استندت لبعض المؤشرات الدولية ، وسعت للتعرف علي طبيعة هذه المشكلة ، في هذه المنطقة ، ومحاولتها تقدير حجم هذه القضية وأبعادها مع بداية عقد الثمانينات . وتشير هذه التقديرات ، إلي أن العدد الإجمالي للسكان بلغ في دول الخليج حوالي (٣٢) مليون نسمة (١٥) ، وإعتياداً علي مؤشرات الأمم المتحدة حول نسبة المتوسط للإعاقة في العالم (والتي تقدر بحوالي ١٠٪ من مجموع السكان - حسب تقديرات عام ١٩٨١-) فإن عدد المعوقين في مجتمعات الخليج يصل إلي (٣,٢٠٠) مليون معاق ، ويقدر عدد المتخلفين عقلياً منهم بحوالي (٩٦٠) ألف معاق ، وذلك بنسبة ٣٪ من حجم الإجمالي للمعوقين . كما يقدر عدد الأطفال للمعاقين الأقل من ٦ سنوات بحوالي (٦٢٠) ألف

طفل معاق وذلك بنسبة ٢٠٪ من حجم المعوقين ، بينما يصل عدد الأطفال المعاقين الذين تتراوح أعمارهم أقل من عام وحتى ١٤ سنة ، بحوالي (١٤٤٠) مليون معاق (وذلك بنسبة ٤٥٪) ، منهم (٤٢٥) ألف متخلف عقلياً .

ولكن وبعد مرور أكثر من عشر سنوات علي تلك التقديرات ، يمكن لنا أن نعطي بعض التصورات والتقديرات الإحصائية لحجم مشكلة المعوقين في المرحلة الراهنة بمجتمعات الخليج ، خاصة وأن تلك المجتمعات تشهد زيادة سكانية كبيرة ، نتيجة للسياسات السكانية المشجعة لزيادة النسل وذلك لاعتبارات إقتصادية وإستراتيجية هامة . الأمر ، الذي جعل بعض تلك المجتمعات من أكثر المناطق نمواً في السكان والذي يتراوح معدلها السنوي إلي ٢٪ تقريباً . ويمكن تقدير عدد سكان دول الخليج حالياً ، بحوالي (٤٢) مليون نسمة ، ومع افتراض أن نسبة المعوقين تقدر ١٠٪ من إجمالي حجم السكان ، وذلك حسب تقديرات الأمم المتحدة في عام ١٩٨١ . فيمكننا أن نشير إلي التقديرات المحتملة للمعوقين في منطقة الخليج حالياً عام (١٩٩٢) علي النحو التالي :

الفئة	العدد الإجمالي (العدد بالمليون)	العدد التقديري للمعاقين ١٠٪	العدد التقديري للمعاقين عقلياً ٣٪
- مجموع السكان	٤٢	٤٢٠٠	١٢٤
- الأطفال أقل من ٦ سنوات (بنسبة ٢٠٪)	٨٢٤	٨٢٤٠	٢٨٠
- الأطفال من ٦ - ١٤ سنة (بنسبة ٤٥٪)	١٨٩	١٨٩٠	٦٣٠

وتعكس ، تلك التقديرات المقترحة ، مدى تفاقم حجم مشكلة المعوقين ، حيث يصل حجم المعاقين (٤٢) مليون معاق من إجمالي عدد السكان (٤٢) مليون ، كما يصل عدد المتخلفين عقلياً (١٤) مليون معاق وذلك بواقع ٣٪ من إجمالي حجم المعاقين . كما تزداد نسبة المعوقين من الأطفال وخاصة بين الفئتين العمريتين من سنة إلي ٦ سنوات ، ومن ٦ - ١٤ سنة ، حيث يقدر حجم هاتين الفئتين من إجمالي حجم السكان بحوالي ٤٥٪ ، نتيجة لطبيعة الهرم السكاني في مجتمعات الخليج ، والذي تشكل قاعدته الرئيسية فئة الأطفال (أقل من سنة - ١٤ سنة) . ويقدر حجم المعوقين منها (١٨٩) مليون طفل معاق (بنسبة ١٠٪ من إجمالي هذه الفئة العمرية) . وأيضاً ، منهم (٦٣٠) ألف طفل معاق عقلياً (بنسبة ٣٪ من إجمالي نفس الفئة) .

وتشير بعض التحليلات إلي إحتتمالات تزايد حجم مشكلة المعوقين في مجتمعات الخليج ، نتيجة لتعدد العوامل المسببة للإعاقة في كافة المستويات العمرية وخاصة فئة الأطفال (١٦) . ومن أهم هذه العوامل بصورة موهجة ، قصور الوعي الصحي ، وقلة الرضاعة الطبيعية ، وإنتشار بعض الأمراض المتوطنة والوافاة ، حيث ترتفع نسبة مرض الأنيميا ، والأسباب الوراثية والإجتماعية الأخرى مثل زواج الأقارب ، وتكرار الحمل والولادة في فترات زمنية قصيرة ، وإنتشار أمراض العيون (التراكوما) ، والإستخدام الأسري غير السليم للمربيات الأجنبيات غير المؤهلات ، وإرتفاع معدلات الحوادث المنزلية والمروء ، وعدم إجراء الفحوص الطبية اللازمة قبل الزواج وغيرها .

وفي الواقع ، لقد شهد عقد الثمانينات بعض التطورات الملحوظة علي المستوي الرسمي في منطقة الخليج للإهتمام بمشكلة المعوقين ، وذلك في ضوء الإهتمامات الإقليمية والعالمية الأخرى ، والتي ساهمت في توجيه العديد من السياسات الحكومية نحو هذه المشكلة . ولقد بدأت تلك التطورات الإيجابية ، في إنشاء مجالس وطنية علي للإهتمام بهذه القضية في الدول الخليجية ، وإجراء العديد

من المؤتمرات والندوات العلمية ، لرسم إستراتيجيات أفضل لرعاية المعوقين ، وتقدير حجم مشكلة المعوقين من الناحية الواقعية ، والعمل على الحد من تزايد العوامل المسببة للإعاقة ، وكيفية الوقاية منها بقدر الإمكان . كما جات تلك الإهتمامات ، لتعكس مدى الإهتمام بالفئات الإجتماعية غير القادرة ورعايتها في ضوء مفاهيم ، تكافؤ الفرص ، وإحترام حقوق الفئات الخاصة مثل المعوقين ، وتحقيق عناصر الولاء والإنتماء ، والعمل على زيادة روح الوعي الإجتماعي والصحي .

ومن هذا المنطلق ، جات أهمية هذه الدراسة الحالية ، لتكون إحدى الدراسات، التي تتبلور أهدافها نحو التعرف على واقعية مشكلة المعوقين في إحدى المجتمعات الخليجية وهي " سلطنة عمان " خاصة ، وأن مثل هذه الدراسة ، يمكن أن تسهم بصورة هامة ، للكشف عن المزيد من أبعاد هذه المشكلة ، وواقعية تقديم أنماط وأساليب الرعاية الإجتماعية والنفسية والتأهيلية للمعوقين ، ومعرفة أهم المعوقات التي تواجه مؤسسات ومراكز خدمة وتأهيل المعوقين ، وكيفية زيادة فاعلية وكفاءة هذه التنظيمات في تحقيق أهدافها . علاوة على ذلك ، إنها تهدف إلى تقديم بعض التوضيحات والنتائج العامة ، التي يمكن الإستفادة منها في عمليات البحث والدراسة في هذا المجال ، والتخطيط لتقديم أساليب ووسائل أكثر فاعلية لرعاية وتأهيل المعوقين . وبإيجاز ، أن هذه الدراسة ، تعتبر ذات أهمية حيوية ، في رسم الإستراتيجيات المستقبلية للنهوض بمستوى الرعاية الإجتماعية للمعوقين في إحدى مجتمعات الخليج والتي تندرج حولها مثل هذه الدراسات الميدانية بصورة عامة .

الهوامش والمراجع :

(١) انظر ، علي عبد الرازق جليبي ، علم إجتماع السكان ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٠ ، خاصة (الفصل الثاني) .

(٢) أحمد عيسى بك ، تاريخ اليمارسنات في الإسلام ، بيروت : دار الرائد العربي ، ١٩٦٤ ، ص ١١٢ .

(٣) للمزيد من التفاصيل ، حول الوضع الإجتماعي والسياسي والإقتصادي والديني في المجتمعات الأوروبية ، وأثرها علي طبيعة المستشفيات وتدور الحالة الصحية والعلاجية في تلك المؤسسات خلال العصور الوسطي الأوروبية أرجع إلي :

- عبد الله محمد عبد الرحمن ، سوسيولوجية المستشفى ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٠ ، خاصة (الفصل الثاني) .

(4) Hanlen , J . & G. Pickett, Public Health , Administration and practice, Toronto : College Publish., 1984 , pp. 40 - 49.

(٥) يوسف القروي ، مؤشرات وملامح من التجربة العالمية في مجال تأهيل المعوقين، سلسلة الدراسات الإجتماعية والعمالية (١٧) ، الإعاقة ورعاية المعوقين في أقطار الخليج العربية ، النامة : مكتب المتابعة لمجلس وزراء العمل والشؤون الإجتماعية بالدول العربية الخليجية ، ١٩٩١ ، ص ٢١٧ .

(٦) المرجع السابق ، ص ٢٢٠ - ص ٢٢٣ .

(٧) اعتمدنا في الحصول علي الإحصاءات العالمية للمعوقين علي التقارير التالية :

- تقرير منظمة الصحة العالمية رقم A29/INF Doc

- تقرير البنك الدولي - واشنطن (٧١) ص ٧ 1/28 Ap. 76 .

- تقارير الأمم المتحدة ، المجلس الإقتصادي والإجتماعي ، اللجنة الاقتصادية والإجتماعية لغرب آسيا - تقرير رقم E. Fsc WA/SD/89/WA.1/18 .

(٨) انظر علي سبيل المثال :

- سليم حسن ، مصر القيمة ، القاهرة : دار الكتاب ، ١٩٧٤ .

- أحمد كمال أحمد وآخرون ، مقدمة في الرعاية الإجتماعية ط ٢ / القاهرة : مكتبة النهضة المصرية ١٩٧٦ . ص ٤٦ .

- أحمد زكي بدوي ، أصول الخدمة الإجتماعية (ط ٢) ، القاهرة : دار الفكر العربي ، بدون تاريخ ، ص ٨٦ .

(٩) محمد محمود الصقور ، "الرعاية الإجتماعية للمعوقين في التراث الإسلامي" ، سلسلة الدراسات الإجتماعية ، مرجع سابق ، الفصل (٤) و (٥) .

- وأيضاً ، أحمد زكي بدوي ، مرجع سابق ، ص ٩٥ - ١٠٧ .

(١٠) أحمد عيسى بك ، مرجع سابق ، خاصة المقدمة ، ص ١٧ .

(١١) طوقان حافظ طوقان ، العلوم عند العرب ط ٢ ، بيروت : دار الكتاب ، ١٩٨٣ ، ص ٢٢ .

(١٢) انظر :

- جميل توفيق إبراهيم ، أصناف المعاقين وخصائصهم النفسية والبدنية و دورهم في المجتمع ، سلسلة الدراسات الإجتماعية ... مرجع سابق ، ص ١٠١ - ١٠٢ .

(١٣) يمكن الرجوع إلي مثل هذه الدراسات علي سبيل المثال :

- صلاح الدين الحمصاني ، خدمات التأهيل في مصر ، بالإضافة أيضاً إلى مجموعة بحوث مؤتمر التكامل في رعاية المعوقين القاهرة (١٩٨١) .

- عبد الفتاح عثمان ، الرعاية الإجتماعية والنفسية للمعوقين ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٧٢ .

- محمد صفوح الأخرس ، الرعاية والتنمية الإجتماعية : دراسة ميدانية لواقع المعوقين في مؤسسات الرعاية الإجتماعية بمدينة دمشق : دمشق ، منشورات وزارة الثقافة والإرشاد القومي ، ١٩٨٢ .

- عبد الله الخطيب ، واقع الإعاقة في الأردن ، المجلس الإقتصادي والإجتماعي للأمم المتحدة ، مرجع سابق ، ١٩٨٩ .

- مني فياض ، الطفل المتخلف عقلياً في المحيط الأسري والثقافي ، دراسة حالات في المجتمع اللبناني : بيروت : معهد الإنماء العربي ، ١٩٨٣ .

(١٤) بالنسبة للنشأة التاريخية وبداية الإهتمام بالمعوقين في دول الخليج ، اعتمدنا على المرجع التالي :

- كريم محمد حمزة ، أوضاع مؤسسات الرعاية الإجتماعية ودورها في خدمة المجتمع العربي الخليجي ، سلسلة الدراسات العربية والإجتماعية (١) ، مكتب المتابعة ، المنامة ، ١٩٨٢ ، ص ١٨ ، ١٩ .

- أما بالنسبة للإحصاءات الرسمية للمعوقين والمستفيدين من خدمات الرعاية والتأهيل والتربية بنول مجلس التعاون اعتمدنا على المصادر التالية :

- مكتب المتابعة ، دليل رعاية وتأهيل المعوقين بالدول العربية الخليجية ، سلسلة الدراسات الإجتماعية والعالمية (١٧) ، مرجع سابق ، ص ٢٨٧ - ٣٠٩ .

- مكتب التربية ، واقع مؤسسات المعوقين للدول الأعضاء في مكتب التربية العربي
لدول الخليج ، ١٩٨٩ .

(١٥) لمزيد من التفاصيل انظر :

- عثمان لييب فرج ، المراحل المسببة للإعاقة وبرامج الوقاية منها في دول
الخليج ، سلسلة الدراسات الإجتماعية والعمالية (١٧) ، مرجع سابق ،
ص ٦٨ .

- في الواقع تتضارب التقديرات والإحصاءات حول حجم السكان بمنطقة
الخليج بصورة خاصة ، فكثير من هذه الإحصاءات تقريبية ، ويرجع ذلك
لغياب الإحصاءات الرسمية وإجراء المسوح السكانية الشاملة في العديد
من هذه الدولة . فعلي سبيل المثال ، نجد بعض هذه التقديرات تشير إلى
أن حجم السكان في عام ١٩٨٠ لدول الخليج حوالي ٢٢ مليون نسمة ،
للمزيد حول تلك التقديرات انظر :

- مكتب المتابعة ، الشباب العربي في الخليج ومشكلاته المعاصرة (دراسات
مختارة) ، اليمامة : البحرين ، ١٩٨٠ ، ص ١٧ .

(١٦) المرجع السابق ، ص ٣١-٣٢ .

المبحث الثالث

تعريف وتصنيف المعوقين

تمهيد :

(١) تعريف الإعاقة

(٢) تصنيف المعوقين

تعهد :

يكشف تحليل تراث المعوقين في العصر الحديث عن طبيعة هذه المشكلة ومدى إنتشارها في المجتمعات الحديثة بصورة ملحوظة ، بالرغم من تقدم العلوم الطبية والسلوكية ، وزيادة الإهتمام بفترة المعوقين في الوقت الحاضر سواء في الدول المتقدمة أم النامية ، وذلك بالمقارنة بطبيعة الرعاية للمعوقين في العصور السابقة . ومع تزايد وتعدد الإهتمامات بدراسة رعاية مشكلة المعوقين من جانب المهتمين بالعلوم الطبيعية والاجتماعية ، وواضعي السياسات وصانعي القرارات الحكومية ، فلقد تعددت وجهات النظر وتوعدت المفاهيم المستخدمة على عرض وتحليل هذه المشكلة ، نظراً لتباين المعاني والمصطلحات التي ترتبط بهذه المفاهيم ، وذلك حسب إهتمامات المتخصصين ونوعية تناولهم لقضية المعوقين بصورة عامة . ومن ثم ، أصبحت الضرورة العلمية والإجرائية تحتم الحرص على تصنيف المعوقين ، وتحديد أنواع الإعاقة المختلفة والعوامل المسببة لها ، ومعرفة كيفية الحد منها والوقاية من نتائجها السلبية على كل من الفرد والمجتمع معاً . وعلي أية حال ، سوف نتناول حالياً ، عدة نقاط أساسية تعتبر من أهم مكونات الإطار العام لهذه الدراسة وهي أولاً : تحديد مفهوم الإعاقة ومدى إرتباطه بالعديد من المفاهيم الأخرى ، ثانياً : عرض موجز لأهم تصنيفات المعوقين المستخدمة من جانب المهتمين بهذه المشكلة .

١ - تعريف الإعاقة :

يرتبط مفهوم "الإعاقة" Handicap ، بالكثير من المفاهيم الأخرى التي تتداخل معه . ومن أهم تلك المفاهيم ، مفهوم الإصابات Impairment ، والمعز Disability وغيرهما . وقد تختلف الآراء حول تلك المفاهيم وإستخداماتها ، وطبيعة الإهتمامات التي توجه للمعوقين أو المعززة أو المصابين ، كما قد تتباين وجهات النظر بين العامة والمتخصصين حسب طبيعة تلك الإعاقات والمعز والإصابات .. ففي الواقع ، نجد الكثير من الاختلافات حول نوعية الرعاية ، التي تقدم للمعوقين جسدياً ، من

المعاقين نفسياً ، كما نجد إختلافاً ملحوظاً عند تحديد سبل الرعاية والتأهيل لكل من المعوقين والعجزة والمصابين ، وذلك حسب طبيعة الفئة العمرية ، فالمعاقين الكبار Adults Handicapped ، يختلفون عن الأطفال المعاقين Childern Handicapped . ومن ثم ، فتقديم أحد أنواع الرعاية ، مثل الرعاية الصحية يمكن تحديدها حسب طبيعة العلاج Treatment ، أو التأهيل الطبي Medical Rehabilitation ونوعية الإعاقة أو العجز ، وطبيعة الفئات العمرية لها ، وهذا ينطبق أيضاً بالنسبة لأنماط الرعاية النفسية والاجتماعية والمهنية الأخرى .

ويرى بعض المتخصصين في مجال السياسة الاجتماعية ، وعلم الاجتماع الطبي ، وعلم الطب النفسي الاجتماعي ، أن تحديد المفاهيم تعتبر جزءاً هاماً عند التعريف بمشكلة المعوقين ، ونوعية الفئات التي تحتاج إلي رعاية بصورة أكثر . وربما تعتبر محاولة هارينز ^(١) Harris من المحاولات التي سعت لتوضيح بعض هذه المفاهيم ، حيث يشير إلي أن مفهوم "الإصابة" يقصد بها "عجز أو قصور في أحد أعضاء الجسم يؤدي إلي خلل وظيفي لعضو معين في جسم الفرد" . أما مفهوم "الإعاقة" فهو نوع من القيود أو القصور في القيام بالأنشطة التي يسببها العجز . كما يشير مفهوم العجز باعتباره "نقصاً أو خللاً في القدرة الوظيفية Functional Ability" .

بينما يرى أحد المهتمين بمجال الخدمة الاجتماعية ، وهو ونج Wing ، بأن "الإصابة" نوع من القصور في أعضاء الجسم وعدم القيام بوظائف الأعضاء الداخلية أو الميكانيزمات الأخرى للجسم . أما "الإعاقة" فهي نقص مميز في القدرات الوظيفية للجسم . كما يقصد بالفرد العاجز "الذي يتأثر اجتماعياً من جراء الإعاقة" . ^(٢) وعلي أية حال ، إننا نلاحظ عدم وجود إختلاف كبير أو ملحوظ بين كل من تصورات هارينز ، ونج حول مفاهيم الإعاقة والعجز والإصابة

وفي إحدى الدراسات الهامة التي قام بها أحد رواد السياسة الاجتماعية ، وهو بيتر تاونسند P. Townsend ، يحدد خمسة مصطلحات هامة توضح مفهوم الإعاقة وهي : (٢)

- ١ - نوع من الخلل البدني والسيكولوجي والسيكولوجي في جسم الإنسان .
- ٢ - تعتبر الإعاقة حالة إكلينيكية متزامنة تؤثر على العمليات الفسيولوجية والسيكولوجية .
- ٣ - تعد الإعاقة نوع من القصور الوظيفي في الأنشطة العادية ، سواء أكانت تلك الأنشطة تجري بصورة فردية أم جماعية .
- ٤ - الإعاقة حالة سلوكية مميزة لها مظهر غير طبيعي إجتماعياً .
- ٥ - الإعاقة تتحدد إجتماعياً حسب الفئة والمكانة التي يشغلها المعوق في المجتمع .

ومن ثم نلاحظ ، حسب تصورات بيتر تاونسند حول الإعاقة ، بأن الفرد المعاق لا يرجع قصوره فقط بانه فرداً عاجزاً ، ولكن أيضاً بتأثير إعاقته وعدم قيامه بالأنشطة التي يقوم بها بالفعل الأفراد العائدين . ومن ثم ، تحتم طبيعة الإعاقة مكانة إجتماعية معينة للمعاق ، نتيجة للوضع الإجتماعي الذي يشغله الفرد في الجماعة التي ينتمي إليها . وبإيجاز ، أن طبيعة المكانة الإجتماعية للمعوق ، تتحدد حسب نوعية الإعاقة ، ونظرة كل من الجماعة والمجتمع التي ينتمي إليها المعاق .

وتعد من أهم التعريفات الدولية للإعاقة والمعوقين ، تعريف منظمة الصحة العالمية World Health Organization (٤) ، التي صممت لتحديد المفاهيم الثلاثة : الإعاقة ، والعجز ، والإصابة . خاصة ، وأن هناك تداخلاً ملحوظاً بين استخدامات ولغات هذه المفاهيم بصورة واضحة . حيث تحدد مفهوم "الإصابة" أنها ببساطة

نوع من الخلل أو النقص في إحدى الوظائف البدنية والفسولوجية والسيكولوجية .
 لها العجز ، فإنه ينتج عن الإصابة ، وتعد نتاجاً لها ، كما أنها تعتبر نوعاً من عدم
 القدرة علي إنجاز أي نشاط معين ، يمكن أن يوصف بأنه نشاط عادي . أما
 الإعاقة - حسب تحديد منظمة الصحة العالمية - فهي حالة تصيب الفرد المعاق ،
 والذي يعاني نتيجة الإصابة أو العجز ، ويكون غير قادر للقيام بالنشطة معينة يمكن
 أن يقوم بها فرد عادي في مثل عمره ، ونوعه ، ومستواه الثقافي .

كما توجد تعريفات أخرى تسمي لتحديد الإعاقة أو العجز في إطار أكثر
 اتساعاً وشمولاً من التعريفات السابقة - ما عدا تعريف بيتر تونستند - الذي نجد
 فيه الكثير من التركيز علي الجوانب الاجتماعية للإعاقة - حيث يرى بعض المحللين ،
 بأن الفرد المعاق ، " هو فرد يعاني نتيجة عوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة -
 من قصور جسمي أو عقلي ، يترتب عليه آثار إجتماعية أو نفسية ، ويحول بينه وبين
 تعليم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الفكرية أو الجسمية ، التي يؤديها الفرد العادي
 بدرجة كافية من المهارة والنجاح " . (٥) كما يمكن تحديد الإعاقة بأنها جزئية أو
 شاملة ، وقد تكون مؤقتة أو دائمة .

وعلي أية حال ، عند تحليل مفهوم العجز والإعاقة ، لابد من تفسيره في ضوء
 ثلاث عناصر أساسية وهي :

أولاً : أن تفسير درجة العجز والإعاقة ، ترجع لطبيعة كل من المجتمع أو
 الفرد نفسه ونوعية القيم والاتجاهات ، التي ترتبط بنوعية الإعاقة ،
 وتحديدها اجتماعياً ، أو حسب ما يتفق عليه في المجتمع .

ثانياً : أن تفسير كل من القيم والاتجاهات ، تحد في إطار البناء الثقافي
 والحضاري العام في المجتمع ، فالفرد يمكن أن يكون معاقاً في
 مجتمع ما ، ولا يمكن أن يعتبر كذلك في مجتمع آخر ، مثال ذلك
 مرضي الجذام .

ثالثاً : كثير ما تكون تلك القيم والاتجاهات المجتمعية ونظرتها وتفسيرها
+ للإعاقة ، أثراً سلبية وخاصة علي كل من المعاق وأسرتة .

وفي الواقع ، نجد بعض علماء الاجتماع ^(١) ، يسعون إلي تحديد الإعاقة
والمفاهيم المرتبطة بها في إطار سوسيولوجي مميز ، أو في إطار مجتمعي عام
وأشمل من تلك المفاهيم التقليدية التي تقوم بتصور وتحديد الإعاقة ، علي أنها خلل
في أحد أعضاء جسم الإنسان أو حواسه أو قدراته ، ويعد ذلك تحديداً بيولوجياً
وصحياً سواء أكانت هذه النواحي الصحية نفسية أم عقلية أم فيزيقية . ويعتبر ذلك
نوفاً من القصور في التعريف بمفاهيم المعوقين ، حيث تشمل الإعاقة نواحي أخرى
إجتماعية ، فضلاً عن وجود متغيرات متعددة تتداخل مع مفهوم الإعاقة والمعوقين ،
مثل المتغيرات الإجتماعية والإقتصادية والثقافية ، وجميعها تؤثر علي المعني
الفيزيقي والطبي للإعاقة . وربما تثير تلك الآراء بعض التصورات المعارضة من قبل
أصحاب مؤيدي المعني الشائع للإعاقة ، ولكن من الناحية العملية والإجرائية ، أن
دائرة الإعاقة أوسع وأشمل من ذلك المفهوم التقليدي بكثير ، حيث توجد فئات تعتبر
معاقة إجتماعياً مثل الأميين والعاطلين علي سبيل المثال . ومن ثم ، فتحليل تراث
مشكلة المعوقين يحتاج بجانب دراسة تلك المفاهيم الشائعة ، النظرة الشاملة لتوضيح
المعني الإجتماعي الذي يحدد هذه الفئة الإجتماعية والتي تتأثر بطبيعة البناء
الإجتماعي ، ومعرفة نتائجها الإجتماعية والمجتمعية المتنوعة . علاوة علي ذلك ، أن
غياب هذه النظرة الشاملة لمفهوم الإعاقة بالمعني الإجتماعي الشامل ، يجعل من
الصعوبة تقديم مقترحات وسياسات هادفة لعلاج مشكلة إجتماعية هامة ، والسعي
للحلول الموقنة وقصيرة الأجل ، دون الإهتمام بمعرفة جميع العوامل المسببة أو
النتائج الناجمة عنها ككل . وهكذا ، فإن الأمر يقتضي عند تناول مشكلة المعوقين ،
ضرورة إعادة النظر في المعني التقليدي والشائع للمعاقين ، والعمل علي إبراز
المضامين الإجتماعية لتحديد كل من الإعاقة والمعوقين ، وكيفية العمل علي الاستفادة
من إمكانياتهم وقدراتهم وتوظيفها لصالح كل من المعوقين والمجتمع معاً .

وهكذا ، فإننا نرى مدى أهمية تحديد المفاهيم المتعددة والمتداخلة مع مفهوم الإعاقة ، وبعد ذلك أمراً ضرورياً ليس فقط من أجل معرفة نوعية الإعاقة أو الإصابة أو العجز ، بقدر ما تساعد عملية توضيح تلك المفاهيم ، علي تحديد نوعية أنماط الرعاية والعلاج ، التي يجب تقديمها للفئات المعاقة ، وذلك حسب نوعية الإعاقة ، والفئة العمرية ، والجنس أو النوع ، وغير ذلك من متغيرات أخرى . علاوة علي ذلك ، أن تحديد هذه المفاهيم ، يسهم في التعرف علي المشاكل ، التي قد تنتج من جراء عدم الأخذ في الاعتبار لهذه الأشياء السابقة ، فضلاً عن أن هذا التحديد ، يعمل علي إتخاذ الإجراءات التشريعية والقانونية والإجتماعية والصحية والمهنية المختلفة ، التي يجب إعدادها لمواجهة مشكلة الإعاقة والمعوقين . فرعاية المعوقين من الأطفال ، تشتمل علي أنماط متميزة من الرعاية الجسمية ، والعاطفية ، والإجتماعية ، فضلاً عن التربية والتعليم والتأهيل المهني ، والتي قد تختلف إلي حد ما عن رعاية المعوقين الكبار ، الذين يحتاجون لأنماط متميزة من الرعاية الإجتماعية والنفسية ، والتمتع بطبيعة الحياة الإجتماعية العادية بقدر الإمكان .

وبصورة عامة ، فإن تحديد المفاهيم المرتبطة بالإعاقة والمعوقين ، يساعد علي تصنيف الفئات المعاقة بصورة إيجابية ، يسمح علي ضوئها إختيار طريقة أفضل للحياة لكل منها ، والعمل علي تقديم جميع أنماط الرعاية والتأهيل ، والإستفادة من الإمكانيات والقدرات التي يتميز بها المعوقين ، من أجل تحقيق مصالحهم الفردية ، والتخفيف من المشكلات المتعددة علي أسرهم ، وطبيعة المجتمع الذي يعيشون فيه ، بحيث يصبحون في النهاية ، كفاءات قادرة علي الإستقلال في الحياة الإجتماعية ، والعمل والإنتاج ، وتحقيق الذات ، وهذا ماسوف نشير إليه بصورة أكثر لاحقاً .

٢ تصنيف المعوقين :

تعكس دراسة المفاهيم المختلفة ، التي ترتبط بمشكلة المعوقين عن وجود الكثير من المعاني المتداخلة بينها ، مما يؤثر ذلك علي فهم وتحليل تلك المشكلة من

الناحية النظرية أو الإجرائية الميدانية . كما يظهر ذلك بصورة أكثر وضوحاً ، عند دراسة موضوع تصنيف المعوقين ، والذي يعد من الموضوعات الهامة ، ويحدث حوله الكثير من الاختلافات وتباين وجهات النظر من قبل المهتمين بدراسة المعوقين .

فقد تظهر الإعاقة أو العجز أو الإصابة ، في مراحل عمرية مختلفة ، فبعضها يرجع إلى فترة الحمل أو أثناء الولادة ، والبعض الآخر قد يظهر أثناء المراحل العمرية المختلفة حتي فترة مرحلة الشيخوخة . كما يمكن تصنيف الفئات المعاقة ، حسب طبيعة الأسباب التي أدت إلى حدوث الإعاقة أو الإصابة مثل حوادث العمل ، والمرض ، والحروب وما إلى ذلك . أو تحديد الإعاقات حسب طبيعة طول فترة الزمن وثبوت الإعاقة ، فبعض الإعاقات تكون مؤقتة ، وبعضها مزمنة . كما أن هناك تصنيفات أخرى للمعاقين ، توضع علي أساس المظهر الخارجي للعواس أو الأعضاء ، مثل المعاقين بدياً ، أو حسيّاً مثل المكفوفين ، والصم ، والبكم ، والتخلف العقلي . أو قد ترجع الإعاقة إلى مظاهر غير ظاهرة ، مثل أمراض الدرن ، والجذام ، والصرع وغيرها من الأمراض الأخرى المتعددة .

وتجدر بنا الإشارة هنا ، قبل عرض أهم التصنيفات الشائعة :

نوضح بعض المداخل العامة التي يهتم بها المتخصصون في مـ

أو التأهيل الإجتماعي والنفسي ، لتحديد الاختلافات ١١

للتمييز بين الأفراد العاديين أو الأسوياء Normal ، وغـ

أو غير الأسوياء Unnormal ، أهم هذه ١٢ : باب

(١) مداخل الأعراض approach

الشدوذ في السلوك عما هو مألوف

ويعرف مقدماً بأنه سلوك

الانتقادات التي مرجع

شدتها وذلك عن طرـ

(٢) المدخل الثقافي Cultural Approach ، ويركز هذا المدخل علي استخدام الثقافة بمفهومها العام ، في التعرف علي الأنماط السلوكية الشاذة ، عن طبيعة ثقافة مجتمع معين . ولكن هذا المدخل ، يفقد النظرة الشمولية والعمومية إلي الثقافة وتباينها ، سواء بين الجماعات الصغيرة أو المجتمعات المحلية أو علي مستوى المجتمع العام .

(٣) المدخل الإحصائي Statistical Approach ، ويعتمد أصحاب هذا المدخل علي أهمية استخدام الإحصاءات المختلفة ، في التعرف علي درجات السلوك غير السوي ، أو ماهو مألوف لدي الأفراد العاديين أو سلوكهم ، وذلك عن طريق الاعتماد علي قضايا إحصائية مثل الإنحرافات المعيارية ، والنزعات المركزية وغيرها .

(٤) المدخل الإكلينيكي Clinical Approach ، ويقوم هذا المدخل علي تحليل وخصومي ، يهدف للتعرف علي السلوك غير الطبيعي ، عن طريق إستخدام تمارت ومقاييس طبية أو نفسية أو إجتماعية . وإن كانت هناك بعض ، حول مدى إستخدام مقاييس كمية محددة ، لدراسة قضايا معقدة مثل الشاذ ومستوياته المختلفة .

ر ، أننا نرى أهمية خاصة لدراسة وتحليل هذه المداخل ،
رة في التعرف علي الكثير من جوانب مشكلة الإعاقة
تصنيف المعوقين حسب كل من الأمراض ، والظروف
الطبيعية الإكلينيكية سواء أكانت
، أن عملية تصنيف المعوقين قد تتركز
أمر السلوكية والجسمانية الظاهرة
نما ، لا ترجع إلي المظاهر غير
مجتمعة تسهم في فهم

أسباب الإعاقة وتصنيف المعوقين بصورة أكثر إيجابية ، خاصة بعد أن تزايدت الاهتمامات في الوقت الحاضر ، نحو استخدام المداخل الإحصائية والكمية ، التي يمكن أن تعطي مؤشرات عامة ، للتعرف علي نسبة الإصابة أو الإعاقة ، عن طريق السمع أو البصر علي سبيل المثال ، فقد أسهم في تطور هذا المجال ، تقدم التكنولوجيا الطبية ، أو استخدام مداخل إكلينيكية علاجية متطورة أخرى .

وعلي أية حال ، يعكس لنا تحليل تراث مشكلة المعوقين ، عدة تصنيفات مختلفة لهذه المشكلة ، كما أشرنا إلي ذلك من قبل ، ولكن نسمي حالياً ، لأن نعرض بصورة مختصرة / إلي أهم التصنيفات الشائعة الاستخدام في مجال دراسة المعوقين ، والتي يمكن أن ترجع إلي الفئات التالية : (٨)

- ١ - المعوقون جسدياً .
- ٢ - المعوقون حسيّاً .
- ٣ - المعوقون عقلياً .
- ٤ - المعوقون إجتماعياً .
- ٥ - متعددو الإعاقة .

قبل أن نبدأ بتناول أهم هذه الفئات المعاقة ، وذلك حسب التصنيفات الأكثر شيوعاً عند دراسة مشكلة المعوقين ، يجب أن نشير إلي حقيقة هامة مؤداها : أولاً : أننا نلاحظ العديد من التداخلات بين هذه التصنيفات أو الفئات الداخلية التي يتضمنها ، كما يتضح ذلك مبدئياً بين الفئتين . الأولى والثانية علي سبيل المثال . ثانياً : أن ذلك لا يقلل من أهمية استخدام التصنيف في حد ذاتها ، نحو فهم أعمق لمشكلة الدراسة والبحث ، كما تساعد علي الإعداد والتخطيط لعمليات الرعاية والتأهيل المتنوعة ، التي يجب تقديمها لكل من الفئات المختلفة للمعوقين .

أولاً : الإعاقات الجسمية :

يقصد بالإعاقا الجسمية تلك الإعاقات التي تنتج عن قصور أو عجز في الجهاز الحركي ، وتحدث نتيجة لحالات الشلل الدماغي ، أو شلل الأطفال ، أو بتر طرف من أطراف الجسم نتيجة مرض أو حادث يؤدي إلى تشوه في العظام أو المفاصل أو ضمور ملحوظ في عضلات الجسم ، وربما تكون العوامل المسببة لهذه الإعاقات عوامل وراثية أو مكتسبة .

ويشجع تحت فئة الإعاقات الجسمية ثلاثة أنواع متميزة من الإعاقات يشيع استخدامها عند دراسة مشكلة المعوقين وهي :

(أ) شلل الأطفال Polio myelitis .

(ب) الأتعاد Crippled .

(ج) أمراض القلب Cardiac Diseases .

ويمكن الإشارة ، لأهم خصائص تلك الإعاقات الجسمية بصورة موجزة كمايلي :

(أ) شلل الأطفال : تمتد جذور هذا المرض إلى فترات زمنية قديمة ، ولم يهتد أطباء العصر الحديث إلى الإهتمام به إلا مع أوائل القرن الحالي ، وإستطاع العلماء أن يتعرفوا علي الفيروس المسبب لهذا المرض ، وإكتشاف المصل الواقى له وكان ذلك عام ١٩٥٥ . كما تعرف العلماء علي إمكانية تحميد أمصال المناعة الواقية لهذا المرض وإعطائه للأطفال عن طريق الفم بدلاً من إعطائه بالحقن في البداية . وأمكن إستخدام أمصال المناعة الجديد علي مستوى العالم مع بداية الستينات .

ومن أهم أعراض هذا المرض ، أنه يؤثر بصورة سلبية علي حركة المريض ، وطبيعة السلوك الذي يقوم به ، وله العديد من المشاكل النفسية والتعليمية والإجتماعية

سواء علي المريض أو أسرته . كما ترجع أسباب حدوث المرض إلي عدة أسباب ، حيث يعتبر من الأمراض المعدية ، الذي ينتقل عن طريق الجو ، أو العشرات ، أو الأطعمة الملوثة . وينتقل المرض من الجهاز الهضمي إلي الجهاز العصبي مباشرة . ويوجد ثلاث أنواع متميزة لشلل الأطفال وهي : (١) إصابات عضلات الجسم ، (٢) إصابات عضلات التنفس أو البطن ، (٣) إصابات عضلات البلع والحنجرة .

ويكشف مسمي شلل الأطفال ، لأن غالبية مرضاه من الأطفال ، حيث يصاب به ٧٥٪ ما بين سن عام واحد - ١٥ سنة ، بينما ٢٥٪ ممن يصابون به يكونوا ما بين الفئة العمرية ١٦ - ٤٠ سنة . كما يعكس إنتشار هذا المرض بعض الظروف الإقتصادية والإجتماعية والصحية غير الملائمة ، التي توجد في الأقطار التي ينتشر بها هذا المرض . ولقد اهتمت معظم دول العالم ، والمنظمات الصحية العالمية ، بإجراء التحصينات العامة ضد هذا المرض ، وذلك عن طريق أمصال الناعمة ، والعلاج الجراحي ، والتعليم ، والتدريب والتأهيل ، والعمل علي زيادة الوعي الإجتماعي والمصحي .

(ب) الأبعاد . ينتج هذا المرض عن عدة أسباب تؤثر في درجة ومستويات الإصابة والأمراض المصاحبة لها ، ومن أهم هذه الأسباب ، شلل الأطفال ، سل العظام ، الشلل التشنجي ، العاهات الخلقية ، أمراض القلب ، الحوادث وغيرها . كما ترجع حدوث هذه الأسباب ، إلي فترات زمنية متقاربة ، وخاصة التي تؤثر علي العاهات الخلقية ، التي تبدأ خلال فترة الحمل وإثناء عملية الولادة . وعموماً ، تكشف هذه العاهات عن الكثير من مظاهر الخلل في الرعاية والوعي الصحي بصفة عامة .

كما تشير بعض الدراحتات ، عن وجود نسبة تقريبية لعالات المقعدين في أي مجتمع ما ، وهي حوالي ٣٪ من إجمالي عدد السكان ، بينما تري بعض الدراسات أن هذه النسبة تصل إلي ٩٪ ، وخاصة في المجتمعات النامية أو الأكثر تخلفاً .

وبصفة عامة ، هناك الكثير من الآثار السلبية ، التي تنتج عن الاعتماد مما يؤثر علي سلوك الفرد المعاق ، كما تتنابح حالات نفسية سيئة لأن هذه الإعاقة مصدرها الأسرة والمجتمع معاً ، مما يؤدي ذلك إلي تغير طبيعة المعاملات والعلاقات الإجتماعية بين المعاق والأسرة . ومن ثم ، ترجع الحاجة لأهمية التوجيه النفسي والإجتماعي لكل من الأسرة والمعاق معاً ، والإهتمام بسبل الرعاية والتأهيل للمعاق .

(جـ) أمراض القلب . تزايدت في السنوات الأخيرة ، معدلات أمراض القلب سواء أكانت وظيفية أم عضوية والأسباب في ذلك متعددة ومتنوعة ، ومنها الأسباب الحضرية ، والنفسية ، والإجتماعية . كما تشكل خطورة هذه الأمراض علي سلامة بقية أجزاء الجسم ، وقد تظل هذه الأمراض لفترات زمنية طويلة . وبالعلاج ، ترتبط عملية الإصابة بأمراض القلب بتغيرات مثل السن ، والظروف الوراثية ، والإجتماعية والشخصية للمريض ، وتمتد فترات ظهورها ابتداءً من مرحلة الحمل حتي الشيخوخة. (٩)

وترجع أسباب الإصابة ، إلي خلل في أجزاء القلب وصماماتها المختلفة ، كما تحدث الإصابة نتيجة لحالات النوبة القلبية ، التي تنتج عن وجود عجز أو مرض في الشريان المغذي للقلب ، أو يحدث نتيجة لما يعرف بالنوبة الصدرية ، وحدث التغير المفاجئ في عضلة القلب . بالإضافة إلي ذلك ، توجد حالات أخرى تندرج تحت أمراض القلب مثل : روماتيزم القلب التي قد تنتج عن أمراض أخرى مثل الحمى الروماتيزمية وغيرها .

وبصورة موجزة ، تؤثر أمراض القلب علي المريض بحالاته النفسية وإجتماعياً متعددة ، مما ينتج عن ذلك الكثير من أنماط السلوك غير الإجتماعي أو العادي . وبالرغم من حدوث تقدم كبير في مجال العلاج النفسي والإكراهي للأمراض القلب ، إلا أن ظروف العصر الحديث ، تلعب أدواراً متعددة في تأثيرها علي أمراض القلب ، وخاصة تغير ظروف الحياة الإجتماعية والإقتصادية ، والظروف التي تربط الأسرة

والاجتماعية ، وتزايد روح التدريب والخصوصية ، وانعدام التضامن الاجتماعي ، وكثرة حالات الإرهاق والتعب النفسي والجسماني ، وعلامات القلق والتوتر وفقدان الأعصاب الناتج عن مشكلات العمل والحياة الأسرية الاجتماعية بصورة عامة .

ثانياً : الإعاقات الحسية :

ترتبط هذه الإعاقات بعواس الإنسان ، وخاصة حاسة البصر ، والسمع والنطق والكلام ، وهي تؤثر على الوظائف البيولوجية التي تؤديها الحواس وتسبب له مشاكل فسيولوجية وسيكولوجية واجتماعية متعددة . ويمكن أن نشير إلى فئات المعوقين حسب هذه الإعاقات كما يلي : (١٠)

(١) المكفوفون وضعاف البصر . يظهر كف البصر نتيجة لأسباب عضوية وراثية أو ولادية أو مكتسبة ، حيث قد تحدث نتيجة حادث أو مرض مثل التراكوما وغيرها من أمراض الرمد المعروفة . كما قد يكون كف البصر بصورة كلية أو جزئية ، علاوة على ذلك ، توجد أسباب أخرى ، تؤدي إلى كف البصر مثل نقص الفيتامينات وسوء التغذية ككل . كما تظهر أنواع متعددة ، تفقد البصر الكلي ، منها إصابة الإنسان بإضطرابات إنفعالية حادة ويسمى هذا بالعمى الهستيرى .

ولقد استخدم الأطباء مقياس إكلينيكي متطورة ، لدراسة الأمراض العامة لحالات ضعف البصر ، والتي تتراوح فيها درجة الإبصار بين ٢٠ / ٧٠ ، ٢٠ / ٢٠٠ للعين الأتري ، وتوجد في كثير من الدول تشريعات تحدد أضعاف البصر ، وأيضاً درجة كف البصر كلية .

كما تتعدد التعريفات التي يطرحها المهتمون بمشكلة المكفوفين وضعاف البصر ، والتي تستخدم لتحديد هذه الفئات ، ومن أهم هذه التعريفات ، التي تهتم بالجانب التربوي ، والاجتماعي ، والقانوني التي عن طريقها يمكن رعاية وتأهيل المعوقين ، وتقديم علي أساسها إستراتيجية هذه الخدمات . وبالطبع توجد آثار

مرتتبة علي شخصية الكفيف منها : (١) الآثار الناتجة عن عمليات النمو العقلي كالصور والتخيل ، (٢) التأثير علي قدرة الفرد وعلية التفاعل الوجداني ، (٣) عدم قدرته علي الحركة بحرية ، (٤) عدم إدراك الكفيف للبيئة المحيطة به ، (٥) يؤثر علي عمليات الثقة بالنفس ويؤدي بالشعور بعدم الأمن والإنطواء والعزلة الإجتماعية .

✽ (ب) الصمم وضعاف السمع . يتحدد الفرد الأصم بأنه الشخص الذي لقد سمعه ولا يمكن إستخدام حاسة السمع في حياته اليومية . وقد يحدث الصمم بصورة خلقية موروثة قبل الولادة وأثناء فترة الحمل ، وذلك نتيجة لإصابة الأم بالحصبة الألمانية ، أو إختلاف عامل الدم (R H) ، الذي يحدث للإصابة بفيروس أو خلل وظيفي في الجهاز السمعي أو الغدة الدرقية قبل الولادة أو أثنائها .

ويوجد نوعان أساسين للصمم هما :

أولاً : الصمم الخلقي الذي يحدث نتيجة عدة عوامل مجتمعة ، وهي : العوامل الوراثية ، الإصابة بالزهري ، الإلتهابات التي تصيب أغشية المخ ، نقص الأوكسجين في الدم للطفل ، وتعاطي الأم أدوية خلال فترة الحمل . ويقدر عموماً ، من يصاب بهذا الصمم الخلقي بحوالي ٦٠٪ من مجموع حالات الصمم ككل .

ثانياً : الصمم المكتسب ، ويحدث نتيجة لأسباب مكتسبة أو عارضة ، بعد ولادة الأطفال متمتعين بكافة حواسهم ، ولكنهم أصيبوا في إحدى مراحلهم العمرية نتيجة مرض أو حادث . ومن أهم هذه الأسباب ، الإصابة بالأمراض المعوية في مرحلة الطفولة مثل الحمي القرمزية ، الحصبة ، الإلتهاب السحائي ، المضاعفات بعد العمليات الجراحية في الأذن ، والحوادث .

ولقد استطاع العلماء أن يستخدموا مقاييس إكلينيكية محددة ، للتعرف علي
ضعاف السمع وتقدير مشكلاتهم الطبيعية . ويوصف ضعف السمع بأنهم الأفراد
الذين لديهم ضعف في السمع يحول دون تعلمهم الكلام أو الإتصال اللغوي والفكري ،
ويتراوح ضعف السمع بين ٢٠ - ٦٠ وحدة صوتية ، أما إذا زادت هذه النسبة إلي
٩٢ وحدة صوتية فيعتبر الفرد أصماً تماماً .

ومن أهم مشكلات فقدان السمع ، صعوبة الإتصال والتفاعل مع الآخرين ،
والإمتزاز النفسي والإنفعالي ، مثل الإنطوائية والعزلة الإجتماعية ، وعدم الثبات
النفسي بصورة عامة ، وصعوبة النضج الإجتماعي نتيجة ، لفقدان إستخدام اللغة
كوسيلة للإتصال بالآخرين . كما توجد وسائل مستخدمة لتعليم الأصماء مثل ،
التدريب علي معرفة حركة الشفتين ، وتعلم الحروف الهجائية والأرقام الحسابية علي
اليدين ، وتعلم الإشارات للتعبير عن الأشياء ، وقد تجمع وسائل التعليم بين هذه
الوسائل مجتمعة .

ـ (ج) البكم وضعاف النطق والكلام : وتشمل هذه الإعاقات فئات
مختلفة ، منها العجز الكلي عن الكلام أو القصور الجزئي ، أو فقدان القدرة علي
النطق بدرجاتها المختلفة مثل ، الكلام التشنجي ، والتأتأة ، والقفافة ، واللججة وهي
التردد في الكلام بسبب العيوب العضوية (كما قد تحدث الأسباب لحوث إعاقات
الإتصال (البكم أو ضعف النطق والكلام) ، نتيجة للأسباب الوراثية ، أو خلال فترة
الحمل والولادة ، أو تحدث لأسباب مكتسبة بعد الولادة مباشرة أو في مراحل عمرية
مختلفة نتيجة للإصابات والأمراض العضوية والنفسية .

وترجع أسباب عيوب الكلام إلي عدة عوامل نفسية ، أو عضوية أو صحية أو
عصبية أو إجتماعية ، أما أسباب النطق فهي تشوهات خلقية في الشفتين أو الحلق
أو الفكين ، وحبوب في اللسان من ناحية وضعفه الطبيعي في الفم ، وجود خلايا
عصبية مسيطرة علي النطق . ولقد استخدم الأطباء أجهزة متعددة لقياس السمع،

ومدى تأثيره على النطق والكلام وصحة الأذن الوسطى ، وتوجد العديد من الإختبارات التي تقدر درجات الكلام ونوعية الإضطرابات فيه . كما توجد أنواع علاجية تقدم للمعاقين البكم ، ومن لديهم ضعف في النطق والكلام ، ومن أهمها ، العلاج الجراحي والطبي والنفسي ، والعلاج الطبيعي ، وتمرينات النطق والكلام أو ما يعرف بعلاج الصوتيات الحسية .

ثالثاً : الإعاقات العقلية :

تعتبر الإعاقات العقلية من أهم الإعاقات التي تشكل نسبة عالية من المعوقين علي المستوى العالمي ، حيث أشرنا إلي ذلك سابقاً ، أن هذه النسبة تصل إلي ٢٪ (أي ثلث إجمالي المعوقين بصورة عامة) . وتحدد هذه الإعاقات ، بأنها نوع من العجز العقلي والنفسي للفرد للتكيف مع بيئته الإجتماعية ، والتي تصل إلي مرحلة عليا من السلبية الإجتماعية ، نتيجة لعدم الإدراك والتصرف المناسب في المواقف المختلفة ، والتي تؤدي إلي فشل في السلوك وتكوين العلاقات الإجتماعية .

وترجع أسباب الإعاقات العقلية (١١) ، مثل غيرها من الإعاقات الأخرى، حيث يتأثر النمو العقلي للفرد نتيجة لمجموعة من العوامل الوراثية أو البيئية المكتسبة . كما شاعت الكثير من تقسيمات ضعف العقول - حيث توجد بعض التقسيمات التقليدية والتي تعتمد أساساً علي درجات ونسب الذكاء - من أهم هذه الفئات : (١) المتوهون وتقدر نسبة الذكاء لديهم بأقل من ٢٥ ، (٢) البلهاء ، وتتراوح نسبة الذكاء لديهم بين ٢٥ - ٥٠ ، (٣) المأفونون (المورفون) وينحصر نكازهم بين ٥٠ - ٧٥ . وكما هو معروف أن نكاز الفرد العادي يتراوح ما بين ٩٠ - ١١٠ ، ويعتبر من يفرق الحد الأعلى لهذه النسبة من الأذكاء أو العباقرة .

وبصورة موجزة ، توصف هذه الفئات الثلاث السابقة بقوى الإعاقات العقلية . وهي التخلف العقلي البسيط ، والمتوسط ، والشديد . وتعرف هذه الفئات عموماً

بفئات المتخلفين عقلياً Mentally Retarded . كما توجد فئة أخرى وهي أكثر تخلفاً ، وتسمى بفئة مرض العقول Mental Disorders وتشمل حالات الجنون والحالات العصبية والهستيرية بأنواعها ، والذهانية (الفصام - سكزوفرنيا ، والفوبيا ، الباراتويا وغيرها) . وعلى أية حال ، سوف نشير هنا إلى أهم فئات مرضي العقول والتي توصف حالاتها بالإعاقات العقلية الشديدة وهي بإيجاز ، كالآتي :

(١) الفصام Schizophrenia ، يشير هذا المرض العقلي إلى حالة مرضية شديدة وتعكس تفكك الشخصية بصورة عامة من ناحية الإنفعال والنشاط الحركي ، والبعد عن الحياة الواقعية إلى عالم خيالي يتسم بالعزلة الشديدة ، كما تبدو أهم أعراض هذا المرض ، في صور متعددة من الهلوس والهذيان للأشكال الواقعية ، وإعتبارها خاطئة تماماً كما تظهر أعراض جسمية أخرى علي المريض مثل عدم الإتران للجهاز العصبي ، وبرودة الأطراف ، وتغير لونها ، وإتساع حدقة العين . علاوة علي ذلك ، يتصف المريض بالخمول والبادة ، وتتتابه أفعال إنفعالية مفاجئة إستجابة للهلوس ، كما تظهر الكثير من أعراض التفكير الفصامي وإضطرابات السلوك ككل .

وتوجد أنواع متعددة للفصام ، حسب تصنيفات علماء النفس له ، مثل : الفصام البسيط ، والطفلي ، والتخشبي ، والهذائي ، والوجداني ، والمراهقي ، والنمط المتزامن وغير المتمايز . أما أسباب حدوث الفصام ، فما زال يوجد خلاف بين العلماء لتحديد أهمها ، حيث يرى البعض ، أن سبب حدوث الفصام سبب عضوي ، ويرى البعض الآخر ، أن الأسباب ، أسباب سيكوسوماتية . ولهذا يختلف كثيراً حول تحديد مدخل العلاج له . ولكن تؤكد الدراسات الحديثة ، أن الفصام يرجع إلى الأسباب السابقة مجتمعة سواء أكانت عضوية أم سيكوسوماتية . كما كشفت إحدى الدراسات الحديثة ، حول الإضطرابات العقلية في مدينة الاسكتندرية

عن وجود معدلات عالية ترتبط بين حدوث الفصام والحياة الأسرية والاجتماعية المضطربة ، وإلى تغيير الظروف الاقتصادية . كما كشفت عن نتائج هامة ، حول علاقة هذه الأمراض والطبقة الاجتماعية والبيئة الأيكولوجية ، والتنشئة الاجتماعية. (١١)

(ب) البارانويا Parnoa . ويطلق علي هذا المرض بالمفاهيم التقليدية الشائعة (جنون العظمة) ، وهو يعكس نوعاً من الذهان الوهمي . والذي يظهر في أفكار متسلطة ، ويعبر عن مجموعة كبيرة من الأمراض النفسية والعقلية المتداخلة مثل ، حالات الأوهام الهسترية ، والفصام الهذائي ، وتظهر حالات البارانويا الشديدة ، عندما تظهر مجموعة من الأوهام الذهانية المستديمة حول فكرة معينة ، وتسيطر علي المريض وتوجه سلوكه وتصرفاته ، ويختفيها علي أنها الواقع الفعلي . كما يربط العديد من العلماء بين هذا المرض (وخاصة علماء التحليل النفسي) ، وبين العقد النفسية الشديدة مثل عقدة أوديب .

وتتعدد العقائد الذهانية الوهمية للمريض في صور أشكال متنوعة وهي : البارانويا الإضطهادية ، وبارانويا العظمة ، والفيرة ، وبارانويا العشق (حيث يتصور المريض بأنه محبوب الجماهير) . وترجع أسباب الإصابة لمجموعة من الأسباب ، وبعضها معروف ، والآخر مازال حوله الكثير من الاختلافات . ومن أهم تلك الأسباب المعروفة ، التي تنتج عن المشكلات الاجتماعية الأسرية ، وخاصة علاقات الطفل بوالديه ، وطبيعة التربية غير السليمة ، والمشكلات الجنسية الغيرية . وعموماً ، يرجع الكثير من العلماء ، بأن حالات كثيرة للبارانويا تعبر عن إنعكاسات مميزة لمشاعر المريض وإحساساته اللاشعورية ، والتي تتخذ لها صور ذهانية وهمية ، وترتبط بالتكوين النفسي ، وإضطرابات النمط العقلي والجنسي .

(جـ) ذهان الهوس والإكتئاب Monic - disprssive psychosis ، ويطلق علي هذا المرض اسم الذهان الدوري ، نظراً لحدوثه في

صورة نوبات دورية متكررة تعقبها حالات من الإكتئاب . ولكن في كثير من الأحيان تتخلل هذه الفترات حالات من الهدوء النسبي للمريض ويبسوكاته في حالة طبيعية . ومن أهم سمات هذا المرض وأعراضه المختلفة الأخرى . أن كثيراً من حالات المرض تظهر بصورة فجائية وتدرجية ، كما يحدث المرض بصورة تلقائية ، وهناك احتمالات العودة إليه بعد العلاج ، ولهذا المرض الكثير أيضاً من المظاهر الهذائية والهلاوس المختلفة .

وتتأثر المريض حالات من الفرح والحزن المتعاقبة ، ويشعر بالإرهاق والتعب وقلة النوم ، ويثار بسرعة ولأبسط الأشياء . كما تظهر له سلوكيات خطيرة تصل إلى ارتكاب الجرائم العنوانية المختلفة ، وإدمان المشروبات الكحولية والمخدرات . وكثيراً ما يشعر بالإكتئاب والشعور بالذنب إلى حد التفكير في الإنتحار . وعموماً ، يعتبر هذا المرض من أكثر الأمراض العقلية إنتشاراً ، حيث تبلغ نسبة المصابين به ٨٪ من إجمالي مرضي المستشفيات العقلية ، ويبلغ متوسط العمر للمرضي ٤٠ سنة ، ونسبة الإناث إلى الذكور ٣ - ٢ تقريباً . وفي الواقع أن لدينا مؤشرات أكثر من ذلك وخاصة نسبة الإناث إلى الذكور ، كما تشير نتائج دراستنا الميدانية وهذا ماسوف نعالجه لاحقاً .

وأخيراً : الإعاقات الإجتماعية :

يُعتبر مفهوم الإعاقات الإجتماعية ، من المفاهيم الحديثة التي يطرحها بعض علماء الإجتماع والنفس والطب النفسي الإجتماعي وغيرهم ، وذلك إيماناً منهم بمدى ارتباط مفهوم الإعاقة بنوعية الحياة الإجتماعية والبيئية التي توجد في المجتمع ذاته . ويسمى هؤلاء العلماء للتعبير عن أفكارهم الأساسية ، عند تناول أي مشكلة إجتماعية تحدث في المجتمع الحديث ، لطبيعة هذه المشاكل قد تظهر في جماعة أو جماعات أو في مجتمعات محلية متغيرة . ومن ثم ، يجب أن نعالج هذه المشاكل من ناحية التعرف علي أسباب حدوثها ونتائجها السلبية علي كل من الفرد والمجتمع .

علامة علي ذلك ، ضرورة تحليل نوعية إوتباط تلك المشاكل بالظروف ، وإقصاءها بدرجة
والسياسية والإجتماعية التي توجد في المجتمع . وبما أن شك ، أن العوامل البيئية
والمجتمعية تأثيرات متعددة ، علي تكوين المشاكل الإجتماعية المختلفة .

ومن هذا المنطلق ، وفي إطار تحليل دراسة مشكلة المعوقين ، نجد الكثير من
الآراء ، التي تسعى جاهدة لضرورة تغيير مفهوم الإعاقة ذاته ، والذي لا يجب أن
يقتصر فقط علي المفهوم التقليدي الشائع ، وتصنيف المعوقين حسب حالاتهم
البيولوجية والطبية الإكلينيكية فقط . بقدر ما يجب أن نشير إلي ، "إعاقات إجتماعية"
أو معاقين إجتماعياً وهذا بالفعل ، ما يوجد في الواقع . ومن ثم ، يمكن تصنيف
حالات أو فئات معاقة إجتماعياً مثل الأحداث ، أو الأحداث الجانحين ، والمعالين ،
والأميين ، والمتسولين ، والأرامل والأيتام ، وكبار السن ، ومعدني الكحوليات والمخدرات
، والمتشردين والمجرمين وغيرهم .

وفي حقيقة الأمر ، نجد الكثير من إهتمامات الباحثين بقضية المعوقين تتركز
علي التصنيفات التقليدية للمعوقين إنطلاقاً من تحديدهم حول فئة المعاقين ، أو من
هو المعاق بالفعل . ولكن يغيب عن إدراكهم مدي أهمية النظر إلي الفئات المعاقة
إجتماعياً ، والتي يجب أن توجه إليها سياسات الرعاية والتأهيل الإجتماعي والنفسي
والمهني ، حتي لاتصبح هذه الفئات ، فئات معاقة ويحمل مسئولياتها كل من الفئات
القادرة والمجتمع الذي يعيشون فيه .

وبصورة موجزة ، أن هناك الكثير والكثير من مظاهر وأعراض الإعاقات
الإجتماعية ، وتتعدد تلك الفئات في المجتمع . كما توجد العديد من الأسباب التي
تؤدي إلي حدوث تلك الإعاقات وتفاقم نتائجها السلبية علي الفرد المعاق إجتماعياً
والمجتمع ذاته . وهذا مايسمي حديثاً "بأمراض الإجتماعية " ، التي يجب أن توجه
إليها السياسات الإجتماعية للحد من هذه الإعاقات والعمل علي دمجهم إجتماعياً .

خامساً : متعدد الإعاقات (أو ذوو الإعاقات المتعددة) Multi

handicapped - ، ويقصد بهذه الفئة من المعاقين ، الأفراد الذين يعانون من أكثر من إعاقة واحدة في نفس الوقت مثل الشلل مع التخلف العقلي أو الإعاقات الحركية والسمعية الصم والبكم ، أو التخلف العقلي مع عيوب الكلام وضعف السمع والبصر وغير ذلك من إعاقات مزبوجة أو مركبة أخرى .

وما من شك ، أن هذه الفئة تعاني من مشاكل إجتماعية ونفسية وتأهيلية متعددة نتيجة لطبيعة الأمراض التي تلازمهم ، والتي تتميز بأغلبيتها بأنها أمراض أو إعاقات مزمنة . كما تختلف خصائص أو سمات الفرد من ذوي الإعاقات المتعددة بنوعية إستعداده للتدريب والتأهيل المهني أو التكيف والتفاعل النفسي والإجتماعي ، وبالطبع يتحدد ذلك في ضوء نوعية الإعاقات ودرجات شديتها ، وأثارها علي المواقف نفسه . وكثيراً ما يعاني ، أصحاب هذه الفئة من المعاقين بالفشل مع أساليب الرعاية والتأهيل ، نظراً لحالات الإحباط النفسي الشديدة التي تنتج عن جملة الإصابات أو العجز الذي يعانون منه . وتزداد مشكلة متعددي الإعاقات من أثارها النفسية والإجتماعية علي أسر هذه الفئة ، كما يشعر كل من المعاق وأسرة بالنبذ الإجتماعي ، ومشاعر النقص والعزلة ، والإحباط والتوتر النفسي والمصبي . كما تظهر بعض المظاهر السلوكية الشاذة والمصاحبة للأمراض المتعددة ، لنوعي الإعاقات المتعددة ، مثل السلوك العدواني ، والانحرف والانطوائي ، وكثير من مظاهر السلوكيات غير التوافقية.

وتعتبر عمليات التأهيل والتدريب المهني والنفسي والإجتماعي ، من العمليات المكلفة إقتصادياً ، سواء علي الفرد أو الأسرة أو المجتمع ، مما يؤثر ذلك علي مواصلة هذه العمليات ، والقصور في كثير من الأحيان في مجال علاج ورعاية تلك الفئة ، المعاقة وخاصة في المجتمعات الفقيرة أو النامية .

وأخيراً ، وبعد تناولنا الموجز ، لأهم تصنيفات المعوقين ، والخصائص العامة التي تتميز بها الفئات المعاقة جسدياً أو حسيّاً أو عقليّاً أو إجتماعياً أو متعدد الإعاقات . نود أن نؤكد مرة أخرى ، أن هناك بعض التداخلات في عمليات التصنيف لهذه الفئات ، ولكن هذا لا يقلل من أهمية عملية التصنيف وأهدافها الأساسية ، وهي محاولة التعرف والفهم بصورة أعمق لهذه الفئات ، وكيفية الإعداد والتخطيط لتدريبها ورعايتها وتأهيلها . بالإضافة إلى ، معرفة العوامل المسببة للإعاقات ، والآثار الناتجة عنها علي كل من المعاقين وأسرهم والمجتمع وهذا ما سوف نعالجه تباعاً .

الهوامش والمراجع :

- (1) Harris , A. C. , Handicapped and impaired in Great Britain, London : Homoes Publish. Co., 1979.
- (2) Hodges, B., "Handicapp or special Need ? " in J. Clark & J. Henderson (ed.) Community Health , London : Churcill Livingstone, 1983, pp. 40 - 41.
- (3) Townsend, P. Poverity in the United Kingdom, Hamondsworth; Penguin, 1979, p. 2.

(٤) اعتمدنا علي المصدر التالي في تحديد تعريف منظمة الصحة العالمية حول مفهوم الإعاقة وغيره من المفاهيم المرتبطة به :

- Acheson, B. M. & S. Hagand, Health, Society and Medicine, An Introduction to Community Medicine , Oxford : Black well secentific , Publish Co., 1984, p. 343 .

(٥) عثمان لييب فرج ، مرجع سابق ، ص ١٥ .

- كما توجد بعض التعريفات الدلالية الأخرى " للإعاقة " ومنها التعريف الذي صدر في إعلان الأمم المتحدة حول حقوق المعاقين ، والذي يشير إلي كلمة "معاق" بأنها تعني شخصاً عاجزاً ، كلياً أو جزئياً ، وضمان حياة شخصية أو إجتماعية طبيعية ، نتيجة نقص خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسدية أو الفكرية " . انظر : المرجع السابق ، ملحق رقم (٣) ، ص ٦٤ .

(٦) المزيد من التحليلات حول المفهوم التقليدي للإعاقة ، والذي يقتصر حول المعاني البيولوجية أو الصحية ، وبين ضرورة استخدام مفهوم الإعاقة بالمعني الإجتماعي الأوسع شمولاً ليشير إلي فئات معوقة إجتماعياً أخرى ، راجع

في هذا الصدد :

- عبد الباسط عبد المعطي ، " إدماج المعاقين في التنمية " ، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية (١٧) ، مرجع سابق ، ص ٢٥٢ ، ص ٢٥٣ .

(٧) ارجع إلي :

- عبد الفتاح عثمان ، مرجع سابق ، ص ١٣ .

وأيضاً : - محمد سيد فهمي ، السلوك الاجتماعي للمعوقين : دراسة في الخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، ١٩٨٢ ، ص ٤٣ - ٤٤ .

(٨) اعتدنا بصورة أساسية علي المراجع التالية عند تحليل مشكلة تصنيف المعوقين:

- محمد سيد فهمي ، مرجع سابق ، الفصول ٢ ، ٣ ، ٤ .

- عبد الفتاح عثمان ، مرجع سابق ، من ص ٨٣ - ص ٩٥ .

- عبد الباسط عبد المعطي ، مرجع سابق ، ص ٢٥٤ .

- محمد لبيب فرج ، مرجع سابق ، ص ١٨ - ٢٠ .

- إقبال مخلوف ، الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩١ ، ص ٥٨ - ٦٥ .

- محمد عبد المنعم أنور ، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل : القاهرة : مكتبة القاهرة الحديثة ، ١٩٧٣ ، ص ٢١٦ - ٢٥٠ .

- مختار حمزة ، سيكولوجية ذوي العاهات ، ط ٢ ، جدة : دار المجمع العلمي ، ١٩٧٦ ، الفصل ٣ - ١٠ .

(٩) توجد بعض التحليلات الطبية الهامة لأعراض أمراض القلب وعلاقتها بالعوامل الوراثية والبيئية والنفسية وأثرها في حدوث الإعاقات ، كما توضّح هذه التحليلات علاقة الجهاز العصبي وحدث التخلف العقلي ، وشلل الأطفال والإعاقات الحركية الأخرى انظر في هذا الصدد :

- أحمد السعيد يونس ، مصري حنورة ، رعاية الطفل المعوق ، القاهرة : دار الفكر العربي ، ١٩٩٠ ، (الجزء الأول) ص ٢٥ - ٥٨ .

(١٠) توجد بعض الدراسات الهامة الأخرى التي اهتمت بدراسة المكفوفين كأحدي الفئات الإجتماعية المعاقة والتي تُعتبر ذات قيمة هامة للقاري منها علي سبيل المثال :

- سيد صبحي ، السلوك التفاعلي للكفيف ، القاهرة : مركز تدريب وتأهيل المكفوفين ، ١٩٨٥ .

- سيد خير الله وإطفي بركات أحمد ، سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته ، القاهرة : ١٩٦٧ .

- أحمد الشرباصي ، في عالم المكفوفين ، القاهرة : ١٩٥٦ .

- توماس كارول ، ترجمة صلاح مخيمر ، رعاية المكفوفين : نفسياً ، إجتماعياً ، مهنيّاً : القاهرة : عالم الكتب ، ١٩٦٩ .

(١١) هناك عدة عوامل أساسية يشيع إستخدامها للتعريف بالتخلف العقلي في البلدان المختلفة ومن أهمها ثلاث عوامل وهي : (١) عامل الذكاء (٢) عامل القدرة علي التعلم وإكتساب المهارات (٣) عامل القدرات الإجتماعية - لمزيد من التفاصيل ارجع إلي :

- محمد خليل الحداد ، أسباب التخلف العقلي وطرق قياسه ، سلسلة الدراسات الإجتماعية والعمالية ، مرجع سابق ، ص ٧٩ - ٩٥ .

(١٢) أجريت هذه الدراسة علي عينة من سكان أحياء مدينة الإسكندرية ، وطلاب المرحلة الثانوية ، وطلاب جامعة الإسكندرية ، للتعرف علي الإضطرابات الشخصية والعقلية خلال الفترة مابين ١٩٧٠ - ١٩٨١ ، وركزت الدراسة علي معرفة أنواع الإضطرابات العقلية المتعددة بين أفراد العينة ، وعلاقتها بالنوع والجنس ، والبيئة الأسرية ، والطبيعة الإجتماعية ، والظروف الإقتصادية والإجتماعية وغير ذلك من متغيرات أخرى متعددة للمزيد من التفاصيل انظر : - علي عبد الرازق جلبي ، الطب النفسي الإجتماعي ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٩ .

كما توجد بعض الدراسات السوسيوولوجية الهامة التي تناولت مشكلات المرض العقلي وكيف اهتم علماء الإجتماع بتحليل هذه المشكلة من وجهة النظر الإجتماعية ، ونوعية العوامل والأسباب التي تؤدي إليه في العصر الحديث، وأهمية دراسة المؤسسات العلاجية . انظر :

- نويل تيمز ، علم الإجتماع ودراسة المشكلات الإجتماعية - ترجمة وتعليق غريب سيد أحمد ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٧ ، (الفصل الرابع) .

المبحث الرابع

اسباب الإعاقة والآثار الناتجة عنها

تمهيد :

(١) أسباب الإعاقة .

(٢) الآثار الناتجة عن الإعاقة .

عكست تحليلاتنا السابقة حول كل من مفهوم وتصنيفات الإعاقة والمعوقين ، عن مدى تعدد تلك المفاهيم والتصنيفات ، نظراً للكثير من المعاني والآراء المتداخلة حول مشكلة المعوقين في العصر الحديث بصفة عامة . كما توضح تلك التحليلات الكثير من المحاولات التي سعت لتوضيح ، بعض المفاهيم التقليدية حول الإعاقة ، فلم تعد تلك المفاهيم أكثر قبولاً في الأوساط العلمية في الوقت الحاضر ، نظراً لإقتصرها علي التعريف بالإعاقة والعجز في ضوء المعاني البيولوجية والصحية أو الفيزيائية الجسمية فقط . الأمر ، الذي ترتب عليه أيضاً ، تقييم التصنيفات التقليدية، التي تحدد الفئات المعاقة في المجتمع ، وأضيفت بالفعل الكثير من الفئات المعاقة الأخرى ، ولاسيما فئة " المعاقين إجتماعياً " وتشمل عدداً من الفئات التي لم تعد قادرة علي مواجهة الحياة الإجتماعية المعقدة . كما نجد الكثيرون يؤكّدون علي أن هذه الفئات المعاقة إجتماعياً ، ماهي إلا ضحايا المجتمع ذاته . وأن غياب سياسات الرعاية الإجتماعية ، كانت إحدى الأسباب الرئيسية وراء تزايد أعداد تلك الفئات وأثارها السلبية علي المجتمع بأسره .

ومن هذا المنطلق ، تعكس آراء المهتمين بمشاكل المعوقين علي ضرورة تأهيلهم وتدريبهم ، والتخلص من أسباب إعاقاتهم في المجتمع ، والسعي لإعتراف كل من الجهات الرسمية الحكومية والعامّة ، بأن تلك المشكلة ، يجب أن تحمل مسؤولياتها المجتمع ككل ، وليس الفرد المعاق وأسرتة فقط . وربما تكشف دراسة وتحليل العوامل المسببة للإعاقة الكثير من الجوانب السوسيوبيولوجية الأخرى لأبعاد مشكلة المعوقين . حقيقة ، هناك مجموعة من العوامل البيولوجية ، والوراثية والفسيوبيولوجية، التي تؤدي إلي الإصابة أو العجز أو الإعاقة ، ولكن نجد أن مصدر الكثير من تلك العوامل تتداخل معها مسببات وعوامل أخرى إجتماعية من الدرجة الأولى . ومن ثم ، يجب عدم التركيز فقط علي تلك العوامل ، دون الإهتمام بصورة أكثر بالعوامل ذات

الخطورة والمسببة لزيادة معدلات الإعاقة والمعوقين في المجتمع الحديث . فأمراض الدم الوراثية ، والأمراض العقلية ، والصمم والبكم وفقدان السمع أو البصر ، تنتج عن عوامل إجتماعية وبيئية بصورة أساسية . فقد يكون مصدرها " زواج الأقارب " ، والمشاكل الأسرية والتفكك الإجتماعي ، ونقص الوعي الصحي ، والجهل والامية ، وسوء التغذية ، وانخفاض المستوى الإقتصادي والتعليمي وغير ذلك من أسباب متعددة . وعلي أية حال ، نحن نسعي حالياً ، لتحليل أهم الأسباب المؤدية لحدوث الإعاقة للتعرف علي حقيقة هذه المشكلة وأبعادها المختلفة .

١- أسباب الإعاقة :

في حقيقة الأمر ، يكشف تحليل تراث أسباب الإعاقة أو العوامل التي تؤدي إلي حدوثها ، عن وجود شبه إتفاق بين المهتمين بتحليل هذه المشكلة ، من ناحية تحديد هذه الأسباب إلي نوعين أساسيين هما : أولاً : العوامل الوراثية ، وثانياً : العوامل البيئية . ولكن بالطبع ، تندرج تحت تلك الأسباب أو العوامل مجموعة من الأسباب الفرعية الأخرى ، والتي تشكل النوعية الرئيسية . وعلي أية حال ، سوف نركز إهتمامنا علي تحليل مجموعة من أهم هذه الأسباب ، والتي نعتبرها تلعب دوراً أساسياً في حدوث الإعاقة ، وهي باختصار . (١)

أولاً : العوامل الخلقية Congenital Disorders ، وتشير هذه العوامل إلي مجموعتين رئيسيتين هما : العوامل الوراثية الجينية ، والعوامل غير الوراثية :

١- العوامل الوراثية الجينية ، وتؤثر هذه العوامل علي حدوث إصابات تقدر بما يقرب (٣٪) من حجم أعداد الولادة في العالم ، كما تؤدي إلي حدوث وفاة مبكرة لدي الأطفال الرضع ، ولكن معظمها يسبب حدوث إعاقات للأطفال منذ الولادة وحتى سن البلوغ . وأكثرها إعاقات تكون عقلية أو فقدان السمع والبصر كلية ، كما تؤدي إلي حدوث إعاقات جسمية أو حركية أخرى .

٢ - العوامل غير الوراثية ، تشكل هذه العوامل ، إحدى الأسباب الرئيسية لحدوث الإعاقات سواء في الدول النامية أو المتقدمة ، ولكنها تظهر بصورة أكثر على مستوى الدول النامية ، والتي يولد بها ($\frac{2}{3}$) عدد الأطفال المولودين سنوياً على مستوى العالم ، كما تنتج تلك العوامل ، عن عدم توافر البيئة الصحية الملائمة ، التي تؤثر على الجنين أثناء فترات الحمل ، وولادة أطفال ناقصي النمو بدرجة كبيرة نتيجة لسوء التغذية . وتندرج تحت هذه العوامل مجموعة فرعية مسببة لحدوث الإعاقات ومن أهمها :

أ - سوء التغذية / الأنيميا الشديدة أثناء فترة الحمل / كما أشرنا سابقاً ، أن حدوث هذه الأمراض تتركز بصورة أكثر في الدول النامية ، التي تنتج عن قلة تناول الوجبات الغذائية السليمة للحوامل ، وولادة الأطفال ناقصي النمو ، كما يسهم في زيادة حدوث الإعاقات نتيجة هذه الأمراض ، قلة الوعي الاجتماعي والصحي ، والزواج المبكر وكثرة الإنجاب .

ب - الأمراض التي تصيب الأم الحامل / ومن أهمها مرض الحصبة الألمانية الذي يصيب الأم الحامل ، ويؤثر على الجنين وحدثت إعاقات متعددة على الأطفال بعد الولادة . كما تساهم أمراض أخرى في ذلك أيضاً ، مثل الأنفلونزا والزهرى ، والعديد من الإصابات الفيروسية الأخرى . كما تشكل إصابة الأم الحامل بأمراض ، مثل السكر ، والتهاب الغدة الدرقية ، وتناول العقاقير بدون إستشارة الأطباء ، وإدمان المسكرات والمخدرات ، وعقاقير الهلوسة وغيرها ، من حدوث إعاقات متنوعة للأطفال خلال فترات الحمل أو بعد الولادة مباشرة . علاوة على ذلك ، تساهم العادات والتقاليد الخاصة بزواج الأقارب ، والزواج المبكر أو المتأخر من حدوث إعاقات متعددة أيضاً .

ثانياً : الأمراض المعدية المتقلة Communicable Diseases ، تؤدي هذه الأمراض إلى زيادة معدلات الإعاقة ونسبة المعوقين بوسائل متعددة مثل :

١ - إصابة الجنين خلال فترة الحمل نتيجة إصابة الأم الحامل .

٢ - الخلل في عملية التغذية ، وإصابة بالأمراض المعدية مثل النزلات المعوية والإسهال عند الأطفال ، ونقص المناعة نتيجة لسوء التغذية وحدوث الجفاف .

٣ - تكرار الأمراض المزمنة ، والتي تؤثر في زيادة معدلات العجز ، مثل السل والملاريا .

٤ - حدوث الإصابة بالأمراض الميكروبية أو الفيروسية المعدية ، والتي تؤدي إلى إعاقات دائمة ، مثل حالات شلل الأطفال أو الإلتهاب السحائي أو التراكوما والجذام . ويمكن الإشارة إلى بعض التقديرات لحدوث تلك الأمراض ومدى صلتها بحدوث الإعاقة :

(أ) شلل الأطفال - Poliomyelitis . قبل إكتشاف اللقاح الوقائي لهذا المرض ، كانت تمثل الإصابة به ٣٪ من كل مائة ألف حالة من السكان سنوياً . وتقدر نسبة إصابة المرض في الدول النامية وخاصة التي تطبق برامج التحصين الشامل بحوالي (٢٥ مليون) أو حدوث ٧٥ ألف إصابة سنوياً .

(ب) التراكوما - Trachoma ، يعد هذا المرض من أكثر الأمراض المعدية إنتشاراً في العالم ويصيب العيون / حيث يقدر إجمالي الإصابة سنوياً ما بين (٤٠٠ - ٥٠٠ مليون) ، يفقد من بينهم (٢ مليون) أبصارهم كلية نتيجة هذا المرض ، وحوالي (٨ مليون) آخرون يصابون بقصور شديد في الأبصار .

(ج) الجذام - Leprosy ، تشير التقديرات العالمية أن حوالي (١٥ مليون) يصابون بهذا المرض ، فمن بينهم (٢٥ مليون) معاقون تماماً .

وبالإضافة إلى تلك الأمراض المعدية ، هناك مجموعة أخرى من تلك الأمراض ، تؤدي إلى حدوث إعاقات متعددة وتصنف ضمن الأمراض المعدية المنتقلة

مثل (الملاريا ، والسل ، والإلتهاب السحائي، والحصبة ، والأمراض السرية) . وتقدر عموماً ، نسبة الإعاقة بتلك الأمراض المعدية مجتمعة بحوالي (١٪) من إجمالي سكان العالم .

ثالثاً : الأمراض الجسمية غير المعدية - Non - communicable Somatic ، وتسهم هذه الأمراض في زيادة معدلات الإعاقة في العالم ، ومن أهم هذه الأمراض مايعرف ، بالإنزلاق الغضروفي ، وروماتيزم المفاصل ، وأمراض القلب، والصرع والسرطان ، وبعض أمراض العيون ، والجهاز التنفسي ، وضغط الدم وغيرها . وتشير بعض تقديرات منظمة الصحة العالمية ، أن إجمالي حالات الإعاقة الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية تقدر بحوالي (٢٠ مليون) علي مسقوي العالم ، ولكنها ترتبط بحالات كبار السن ، كما أنها تنتشر بصورة أكثر في الدول المتقدمة . كما يعتبر السرطان من أهم تلك الأمراض وتنتج عنه حالات إعاقة تقدر (٧٥٪) من إجمالي سكان العالم .

رابعاً : الأمراض النفسية والعقلية ، تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية، أن إجمالي إصابات الأمراض النفسية والعقلية علي المستوي العالمي تقدر بحوالي (٤٠ مليون) نسمة . إضافة إلي ذلك ، يصيب مرض (الصرع) بمفرده حوالي (١٥ مليون) نسمة من إجمالي سكان العالم . وتساهم العديد من الأمراض النفسية الناتجة عن سوء التكيف الإجتماعي والنفسي في كثير من حالات الإعاقة ، وخاصة حالات عيوب النطق والكلام مثل التأتأة والفأفة وغيرها ، كما أن العديد من هذه الأمراض تنتج عن أساليب التربية والتنشئة الإجتماعية غير السليمة والمتطرفة كما في حالات التدليل الشديد للأطفال ، أو حالات الحرمان والمعاملة الأسرية القاسية .

خامساً : الحوادث ، يشير مفهوم الحوادث إلي معان متعددة في الوقت الحاضر ، وتسهم بصورة كبيرة في زيادة معدلات الإعاقة بصورة عامة . وتعتبر حوادث الطرق والمرور مسئولة عن إعاقة (٨٥٪) من المعاقين عالمياً ، والتي تقدر

نسبياً بحوالي (٣٠ مليون) نسمة . وبالطبع ، ترتبط زيادة معدلات هذه النسبة بدرجة التضرر والتصنيع والوضع الإقتصادي . وبالفعل ، أشارت معدلات الدراسة الميدانية إلي نسبة عالية جداً ، وخاصة في مجتمعات الخليج العربي وهذا ماسوف نشير إليه فيما بعد .

وتعتبر حوادث العمل أيضاً من أهم الحوادث مساهمة في زيادة معدلات الإعاقة ، وتسهم بحوالي (٤٥٪) من المعاقين عالمياً أو مايقدر بحوالي (١٥٥) مليون معاق . أما حوادث المنازل فينتج عنها (٦٥٪) من حالات الإعاقة أي مايعادل (٣٠ مليون) هذا بالإضافة إلي ، مجموعة الحوادث الناتجة عن الكوارث الطبيعية مثل الحروب والزلازل والفيضانات والعواصف والجريمة والرياضة . وبالطبع ، تتفاوت معدلات هذه النسب علي مستوي بلدان العالم . فالحيناً تقدر إحدي نتائج الحروب وحدها بما يقدر بحوالي ٣ مليون معاق .

سادساً : الإدمان ، ويقصد بالإدمان هو ، عمليات الإدمان علي المسكرات والمخدرات وعقاقير الهلوسة . وفي حقيقة الأمر ، أن حوادث الإعاقة من الإدمان في حالة متزايدة علي المستوي العالمي ، نتيجة لعوامل متعددة يصعب سردها حالياً ، كما توجد هناك صعوبات جمة في معرفة الإحصاءات الرسمية أو علي الأقل التقديرية في أي مجتمع من المجتمعات النامية أم المتقدمة ، وذلك لإعتبارات متعددة أخرى . وإن كانت تشير نتائج إحدي الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية ، في ١٤ دولة أن نسبة المدمنين تزيد عن (٢٪) من إجمالي عدد المجتمعات ذاتها ، كما أن هناك ما لا يقل عن حوالي ٤٠ مليون معاق أو عاجز نتيجة للإدمان علي مستوي العالم .

وبصورة موجزة ، يوجد الكثير من التفاوت بين دول العالم حول معدلات الإدمان وأثرها علي الإعاقة ، ولكن يمكن إعتبارها من أهم العوامل المسببة لها في الفترات العالية . وبالطبع ، يرجع طبيعة التفاوت بين الدول لنوعية القوانين

والتشريعات والجزاءات والبيئة الإجتماعية والإقتصادية ، وغير ذلك من مجموعة عوامل متداخلة . وتشير إحصاءات التقديرات أن إجمالي إدمان المخدرات تقدر بحوالي ١ - ٢٪ في إيران علي سبيل المثال ، بينما تصل في الولايات المتحدة إلي ١٠٪ من إجمالي عدد السكان . كما يصل معدلات الإدمان علي المستوى العالمي بحوالي ٢٪ من إجمالي عدد السكان .

سابعاً : سوء التغذية ، يرجع إنتشار هذا المرض لطبيعة الظروف الإجتماعية والإقتصادية ، كما يعتبر سوء التغذية من أكبر المشاكل الصحية العالمية ، حيث يصيب مايقرب من (٥٠٠ مليون) نسمة في الدول النامية ، ولها نتائج سلبية علي الأطفال الرضع والحوامل ، ويساهم بمعدلات عالية في إرتفاع نسبة الإعاقة العالمية . ويعد نقص البروتينات من أكثر أمراض سوء التغذية ، حيث يقدر بما لا يقل عن (١٠٠ مليون) طفل ومن سن الخامسة مصابون بهذا المرض في العالم الثالث . كما يسهم نقص فيتامين (أ) في الإصابة بالعجز الكلي أو الجزئي ، وأن أكثر من (١ - ١٥) ألف طفل يفقدون أبصارهم سنوياً نتيجة هذا المرض . أما مرض إفتقار الغذاء إلي عنصر اليود والمسمى بمرض (الجوتر البسيط) فإنه يصيب (٢٠٠ مليون) طفل في العالم ، كما يؤدي إلي كثير من الإعاقات العقلية (٢) . ويعاني ما بين ٥٠ - ٨٠٪ من الأمهات الحوامل من مرض الأنيميا ، وكذلك نسبة كبيرة من الأطفال ، مما يؤدي ذلك إلي حدوث إعاقات متنوعة . كما تسهم أمراض أخرى تحدث نتيجة سوء التغذية مثل الكساح ، ونقص فيتامين (د) والكالسيوم علي نمو العظام في زيادة حالات الإعاقة المختلفة .

ثامناً : كبار السن ، تعتبر حالات كبار السن من العوامل المسببة للإعاقة ، وتقدر هذه الفئة ممن يزيد أعمارهم عن ٦٠ سنة فلكثر . ويبلغ تمثيل هذه الفئة بحوالي ٢٠٪ من إجمالي عدد المعوقين . وإن كانت لا توجد تقديرات أو إحصاءات حول هذه الفئة العمرية علي مستوى العالم أو الدول المتقدمة والنامية . ولكن تعتبر

مشكلة كبار السن من المشاكل ، التي تواجه معظم الدول المتقدمة وأيضاً النامية ، وتحتاج إلى المزيد من الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية . وعموماً ، فإنها تسهم في زيادة معدلات الإعاقة ومشكلة المعوقين علي المستوى العالمي .

قابصاً : أمراض أخرى بيولوجية ومهنية وبيئية . وتشير هذه الأمراض ، إلي الحالات الأخرى التي تسهم في مشكلة المعوقين وزيادة نسبتهم ، من أهم تلك الأمراض ، حالات الولادة المتعسرة أو الناقصة والأمراض المهنية المتعددة ، وحالات التسعم من الطعام أو المواد السامة ، والحرائق ، والجريمة . ويبلغ تقريباً إجمالي عدد المعاقين من هذه العوامل مجتمعة بحوالي (٢ - ٣ مليون) فرد علي مستوى العالم .

عاشراً : الأيدز Aids (٣) . يعتبر مرض الأيدز من الأمراض الحديثة جداً ، والتي لم تعرف إلا في منتصف الثمانينات ، وإن كانت تشير التقارير الطبية أن أولى الحالات ظهرت في الولايات المتحدة عام ١٩٨١ ، وأكثر من ٣٠٠ ألف فرد أصيب من هذا المرض ، توفي منهم بعد خمس سنوات ٢٠ ألف فرد . وفي الواقع ، أننا نشير هنا لهذا المرض ، باعتباره من الأمراض الاجتماعية والبيولوجية الحديثة ، التي تؤثر علي معدلات الإعاقة . وبالرغم من غياب الإحصاءات الدقيقة حتي الآن ، إلا أننا نري أن مرض الأيدز ، يعد أكثر خطورة من أمراض تسبب الإعاقات ، مثل التراكوما أو الجذام . كما أن هناك حالياً العديد من الدول ، التي اتخذت إجراءات طبية وعلاجية أكثر من إتخاذها لأمراض مثل السل الرئوي والجذام والدرن وغيرها من الأمراض التي تعتبر من العوامل المسببة للإعاقات المختلفة . والسبب يرجع إلي طبيعة ظروف مرض الأيدز والذي يؤدي إلي العزل الاجتماعي الشامل وفقدان العمل والتعامل مع الآخرين .

ويحدث الأيدز نتيجة الإصابة بفيروس معروف وهو (HIV) أو Human Immunodeficiency virus ، والذي يصيب جهاز المناعة للجسم كلية ، وربما يظل المرض لمدة خمس سنوات غير ظاهر . ولكن بمجرد الإصابة ، يعتبر جهاز المناعة

غير قادراً علي الإطلاق ، بخلاف الأمراض التقليدية الأخرى مثل الانيميا ، والسرطان ، والسل وغيرها من الأمراض الفيروسية . ويعتبر هذا المرض ، مرضاً عالمياً ، وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٠ ، أن أكثر من ١٠.١ دولة يوجد بها الأيدز ، ويصل إجمالي المصابين به ما بين (٥ - ١٠ مليون) علي مستوى العالم . وعلي الأقل (٢ مليون) منهم موجودون في أفريقيا ، وما بين نصف مليون في أوروبا . و (٥ مليون) في الولايات المتحدة ، كما تشير التقارير أيضاً أن ١٠٪ من إجمالي النساء الحوامل في الولايات المتحدة يحملون هذا المرض .

وتعتبر الممارسة الجنسية الشاذة ، من أهم العوامل المسببة للأيدز ، وتناول المخدرات ، وعمليات نقل الدم من حاملي المرض وغير ذلك من عوامل أخرى . وبالطبع ، أن للأيدز آثار سلبية علي كل من الفرد المصاب وأسرته ، والتي تواجه تقريباً العزل الإجتماعي كلية من قبل المجتمع ، كما أن أكثر ضحاياهم ينجون عن طريق نظم الرعاية الإجتماعية والصحية غير السليمة .

ومن ثم ، يكشف لنا مرض الأيدز عن دور الأسباب الإجتماعية Social Causes ، والتي تؤدي إلي حدوث المرض ذاته ، والكثير من حالات الإعاقة والعجز الفيزيقي والنفسي للفرد ولأسرته ككل ، نتيجة لنظرة المجتمع والشعور بالفجل الإجتماعي أمام الآخرين ، بغض النظر عن أن حامله يشعر بالذنب المباشر نتيجة لحدوث المرض ، أو نقل إليه عن طريق غير مباشر . ولم تستطع الأوساط الطبية إكتشاف علاج له حتي الآن ، وأفضل وسيلة له هي الوقاية الإجتماعية والأخلاقية Ethical & Social Prevention . كما أصبحت هذه المشكلة ، من أخطر الأمراض الإجتماعية والبيولوجية ، التي لم تشغل إهتمام كافة المتخصصين في العلوم الطبيعية والإجتماعية والسلوكية والأخلاقية ، بل أيضاً واضعي السياسات الحكومية والتشريعات القانونية . أن عملية التحكم والسيطرة في السلوك البشري Control Behavior ، باتت من أهم القضايا الإنسانية ، التي تشغل ألمانا المعاصر حالياً ،

كما أصبح من غير السهل علي الفرد أن يتجنب الإصابة بمرض الأيدز ، إلا عن طريق الوقاية الأخلاقية والإجتماعية والدينية السليمة . حتي ولو اكتشف الطب الحديث ، علاجاً لهذا المرض قريباً ، فما زالت المشكلة الأخلاقية والإجتماعية من أهم المشاكل ، التي تؤدي لحدوث الكثير من الأمراض البيولوجية ، والتي لم يعرفها الإنسان في الوقت الحاضر ، وخاصة في تلك المجتمعات التي تبتعد كثيراً عن تعاليم السماء ولا تحترم شرائع الله سبحانه وتعالى .

ومن هذا المنطلق ، تعكس تصنيفات الإعاقة والمعوقين ، والأسباب التي تؤدي إلي حدوثها ، الكثير من الجوانب الإجتماعية والبيئية والأخلاقية ، علاوة علي الجوانب البيولوجية الأخرى . كما تثير عملية تحليل الأسباب ، التي تؤدي إلي زيادة معدلات الإعاقة في المجتمع الحديث ، عن كشف القصور في المفهوم التقليدي حول الإعاقة أو العجز أو الإصابة ، والكثير من المعاني الأخرى المتداخلة معها . علاوة علي ذلك ، أنه ليس من البساطة ، أن نتعرف علي تلك الأسباب أو المعاني المرتبطة بمفاهيمها وقضاياها ، دون إدراك نوعية المشاكل الإجتماعية التي توجد في المجتمع ، وماهية العلاقة المتبادلة بين تلك المشاكل - بما فيها مشكلة المعوقين - وطبيعة السياسات الإجتماعية التي تركز للتخفيف أو الحد والوقاية من تفاقم نتائج هذه المشاكل علي كل من الفرد وأسرته والمجتمع الذي يعيشون فيه . وربما نجد في "مرض الأيدز" أحد المشاكل الرئيسية التي تلقي المزيد من الأضواء علي ضرورة تفسير العلاقة بين المشاكل الإجتماعية والسلوك الإنحرافي وطبيعة السياسة والرعاية الإجتماعية ، ونوعية البناء الإجتماعي والأخلاقي ، والظروف الإقتصادية والإجتماعية والدينية وغيرها . وهذا ما أشرنا إليه ، سابقاً في تناولنا للعلاقة بين دراسة علم الاجتماع للمشاكل والسياسة الإجتماعية .

(٢) - الآثار الناتجة عن الإعاقة :

تعكس كتابات علماء الاجتماع والسياسة الإجتماعية ، وتحليلاتهم لقضية

الرعاية الإجتماعية ، مدي إهتمامهم بدراستها والعمل علي ضرورة توجيه خطط المجتمع لحل المشكلات الناتجة عنها ، وربما تعتبر تحليلات كل من روبرت ميرتون R. Merton ، وتالكوت بارسونز T. Parsons ، ونيل سملسر N. Semelسر وغيرهم ، من أهم التحليلات التي سعت للكشف عن نوعية العلاقة بين البناء أو الانساق والنظم الإجتماعية ، وطبيعة الوظيفة التي تحدد تلك العلاقة . ولقد حرص (ميرتون) علي سبيل المثال ، أن يعرض لمظاهر الخلل الوظيفي Dys Functional الناتج عن العلاقات السلبية وأثارها علي المجتمع ككل . ومن هذا المنطلق ، سعي ل طرح العديد من الوظائف البديلة Alternative Function ، كما تابع (ميرتون) ، نفس الإتجاه موضوعاً ومشيراً إلئوعية الآثار السلبية ومدي إنعكاساتها علي الفرد والمجتمع ، في ضوء تصورات المعروفة حول الوظائف الكامنة والظاهرة .

وحرص كل من بارسونز ، وسملسر ، علي تكملة الإتجاه الوظيفي ، الذي اقترحه ميرتون وغيره من رواد هذه الإتجاه ، حيث سعوا لدراسة الرعاية الإجتماعية ، علي أنها نسق من التكامل Integration system ، مستخدمين تصورات ومفاهيم عديدة مثل ، المحافظة علي النسق ، والموائمة ، والتكيف ، وتحقيق الهدف ^(٤) . ومن ثم نرى كيف اهتم علماء الإجتماع بالكشف عن الآثار والنتائج ، التي عن طريقها تجددت تصدعات علي كل من البناء والنظم الإجتماعية ، نتيجة للخلل الوظيفي ، الذي يحدث بينهما . وهذا يتضح ، بصورة أكثر واقعية ، في إطار دراستنا حول مشكلة الإعاقة والمعوقين ، وأهمية معرفة المشاكل الإجتماعية الظاهرة والمستترة ، التي تنعكس أثارها سواء علي الفرد المعاق أو أسرته أو المجتمع الذي يعيشون فيه . فمشكلة المدوقين تعتبر من المشاكل الإجتماعية ، التي تتداخل فيها العديد من الأسباب سواء أكانت صحية بيولوجية أم وراثية خلقية ، أم بيئية وثقافية ، أو أخلاقية وحضارية في نفس الوقت . كما بالطبع ، لها إنعكاسات وأثار علي كل الموجودين في المجتمع وليس الفرد المعاق ذاته . فأسباب الإعاقة حالياً متنوعة

وأصبحت عوامل مثل الإدمان والمخدرات ، والأينز ، وحوادث الطرق التي تنتج عن تناول المسكرات ، لا تختلف عن سوء التغذية والأمراض الأخرى ، التي تؤدي إلى زيادة معدلات الإعاقة في المجتمع ، وينتج عنها إعاقات التخلف العقلي ، والشلل ، والصرع وغيرها من الإعاقات الأخرى ، والتي ترجع أسبابها إلى عوامل ثقافية وأخلاقية واجتماعية واقتصادية ، والتي يصعب تحليلها في إطار مفاهيم طبية أو بيولوجية فقط .

وعلى أية حال ، سوف نحاول أن نشير بصورة موجزة ، إلى أهم الآثار النفسية والاجتماعية والاقتصادية ، التي تعكسها مشكلة الإعاقة ، سواء على الفرد المعاق أو الأسرة أو المجتمع

أولاً : الفرد المعاق

حقيقة ، تتعدد أنواع الآثار التي تتركها الإعاقة على المعوقين بصورة مباشرة ، وتتخذ هذه الآثار مظاهر متنوعة وهي بإيجاز .

(١) الآثار النفسية : تؤثر الإعاقة على المستوى الفردي بمظاهر سيكولوجية متعددة ، تجعل من المعاق كفرد في حالة معنوية سيئة ، نتيجة إحساسه بإعاقته دون الآخرين ، كما تدفعه للإندسحاب والعزلة الاجتماعية بصورة مستمرة . كما يشعر بالإكتئاب ، الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى الإنتحار ، أو الإنضغام إلى عصابات الجريمة والمخرفين ، كنوع من الإنتقام أو التمرد على الوضع الذي فيه ، وتصوره بأن المجتمع أو الأسرة مسؤولة عنه . كما تظهر لديه مخاوف متعددة ، نتيجة إعتياده على الغير ، وعدم الشعور بالأمان والقلق المستمر ، كما يتعرض لأنواع متعددة ، من الأحباط نتيجة الفشل الذي يتعرض له سواء في عمليات العلاج أو التأهيل ، أو السلوك الإجتماعي السليم مع الآخرين . كما يلجأ المعاق ، إلى التبرير والتعويض والإسقاط ، وغير ذلك من أساليب سيكولوجية تعكس طبيعة عدم الإتران الانفصالي والنفسي عموماً .

(ب) الآثار الإجتماعية : تتنوع طبيعة الآثار الإجتماعية السلبية علي

المعاق ، ومن أهم هذه الآثار ، العزلة والبعد عن معاملة الآخرين ، ورفض التعاون حتي مع أفراد أسرته ، والإتكالية في كثير من الأحيان ، وعدم المرونة أو التجاوب مع أقرب الناس إليه ، نتيجة للآثار النفسية التي يعاني منها / كما يتسم بالبعد عن مشاركة الآخرين في أوقات التسلية أو الفراغ ، وعموماً ، يتميز بدوره الإجتماعي بسوء التكيف مع البيئة الإجتماعية والأسرية .

(ج) الآثار الإقتصادية : بالطبع ، تترك الإعاقة كثيراً من المشاكل

الإقتصادية علي المعوق ، خاصة وإن كان عاقل أسرته الوحيد ، وفي الغالب تؤدي الإعاقة إلي البطالة أو فقدان العمل أو قلة الإنتاجية ، مما يؤثر ذلك علي الدخل الإقتصادي / ويزداد الأمر سوءاً في الدول النامية ، حيث تعكس طبيعة الفقر وعدم توافر المهن ، وزيادة تكاليف العلاج والتأهيل أو عدم توافرها ، إلي الكثير من المشاكل الإقتصادية علي المعوق ، مما يترتب علي ذلك العديد من المشاكل النفسية والإجتماعية الأخرى . وفي الواقع ، لقد تعددت التشريعات والإعلانات الدولية ، حول حقوق المعوقين في العمل والحصول علي الوظائف والمهن ، لحل بعض مشاكلهم بصورة عامة . حقيقة ، توجد الكثير من قوانين العمل في بعض الدول التي تحدد نسبة العاملين المعوقين بحوالي ٢٪ من إجمالي العاملين في القطاع العام والخاص ، ولكن للأسف لاتطبق هذه القوانين نتيجة لأسباب متعددة ، وهذا مأسوف نعالجه لاحقاً في إطار نتائج الدراسة الميدانية الحالية .

ثانياً : أسرة المعاق |

في كثير من الأحيان من الصعب الفصل بين الآثار الناتجة عن العلاقة بين المعوقين وأسرهم ، وعموماً ، سوف نوضح هنا بعض الآثار الناتجة عن وجود أفراد معاقين داخل الأسرة ، وإلي أي حد تتأثر العلاقات الإجتماعية الأسرية بطبيعة هذه الإعاقات :

➤ (١) الآثار النفسية : تترك الإعاقة مجموعة من الآثار النفسية بين أفراد أسرة المعاق ، حيث تتأثر الأسرة بالعديد من المشاكل العاطفية والإنفعالية ، التي ترتبط بمراحل حدوث الإعاقة ذاتها ، والتي يمكن تصنيفها إلي مايلي (٥) :

١ - مرحلة الصدمة Stage of Shock ، وتظهر هذه المرحلة فور علم الوالدين والأسرة بحدوث الإعاقة سواء أكانت خلال مرحلة الحمل أو أثناء الولادة أو بعدهما . فالإنسان بطبيعته مخلوق ضعيف يتأثر بنوعية الأزمات وخاصة أنها ترتبط بأعز الناس لديه .

٢ - مرحلة الإنكار Disbelief Stage ، تعكس هذه المرحلة الفترة التالية ، لآثار الصدمة بحدوث الإعاقة ، وتمر الأسرة بحالة نفسية سيئة ، ويسعى الجميع إلي معرفة سبل كيفية علاج الإعاقة ، أو تبرير حدوثها والمسئول عن ذلك . وربما نري ، أن طبيعة الظروف الإجتماعية في مجتمعنا العربي تعكس الكثير من مظاهر وجوانب هذه المشكلة ، حيث يحرص أفراد الأسرة إلي إنكار المرض أو الإعاقة ، وخاصة الأمراض النفسية والعقلية نتيجة للآثار الإجتماعية المتعددة التي تتأثر بها الأسرة جميعاً وليس الفرد نفسه .

٣ - مرحلة الخوف والإحباط Stage of Fear and Frustration ، حيث يظهر في هذه المرحلة الكثير من المظاهر السيكولوجية ، التي تؤدي في بعض الأحيان إلي الإكتئاب والعزلة والإحباط ، نتيجة لتقبل الوضع الراهن لحدوث الإعاقة بين أحد من أفراد الأسرة . وخاصة إذا كان الجميع يسعى لإخفاء الإعاقة عن الآخرين بقدر الإمكان ، كما تظهر مظاهر القلق علي المرحلة المستقبلية ، بالنسبة للمعاق من ناحية العلاج والتعليم والتأهيل والعمل ، وغير ذلك من آثار متعددة تتعلق بالفرد المعاق وأسرته .

وفي حقيقة الأمر ، اهتم علماء النفس الإجتماعي بدراسة البيئة السيكولوجية Psychological Invironment لأسر المعاقين ، لمعرفة الآثار النفسية التي تنتج عن حدوث الإعاقة علي المستوي الأسري . حيث سعت دراسات كل من نيهرا Nihira ، ومايرز Meyers ، وماينك Mink وغيرهم ^(٦) لتحليل مشاكل الأسرة ذات الأعضاء المعوقين ، مستخدمين في ذلك العديد من الإجراءات البحثية الكيفية والكمية ، وكشفت عن مظاهر متعددة لعدم التكيف الأسري ، وحدث العديد من التباين بين أفراد الأسرة حول سبل رعاية وتأهيل المعاق . وخلصت الدراسة إلي إمكانية وصف أسرة المعاق بأنها أسرة متعددة المشاكل Multiproblems family . حيث تتميز بعدم الإتران العاطفي ، والإنفعالي ، والمناخ السيكولوجي غير الملائم Unsuitable Psychological Climate .

وتؤكد علي ذلك ، إحدى نتائج الدراسات الهامة ، التي ركزت علي معرفة الآثار السيكولوجية لعينة من ٢٤٠ والد للأطفال المعوقين ، والتي أجرتها كيومنجز ^(٧) Cummings ، حيث وجدت أن الغالبية العظمي منهم يشكون حالة نفسية سيئة ، وقد أحدثت إعاقات أبنائهم تغيرات كبيرة علي نمط الشخصية ، وحدثت حالات إكتئاب مستمرة ، وأنماط كثيرة من العزلة والقلق ، وقد ساهم ذلك بصورة سلبية علي رعاية الطفل والعلاقة النفسية والإجتماعية بين آباء وأمهات المعوقين اللذين أجريت عليهم الدراسة .

ـ (ب) الآثار الإجتماعية ، في الواقع ، أن أسرة المعوق تتأثر بالعديد من مظاهر الحياة الإجتماعية غير الطبيعية ، حيث تؤثر طبيعة الإعاقة علي العلاقات الإجتماعية الأسرية ككل ، وعلي طبيعة علاقة أفراد الأسرة مع المعوق ذاته مما يعكس الكثير من المشاكل النفسية والإجتماعية عليهما معاً . ونحاول فيما يلي ، أن نشير حالياً ، لأهم الإتجاهات الحديثة لدراسة أسر المعوقين ، للكشف عن مظاهر الحياة الإجتماعية ، والآثار الناتجة عن الإعاقة نظراً لأهميتها بصورة عامة .

ركزت بعض الدراسات علي تحليل مايعرف بدورة الحياة الأسرية Family Life Cycle ، لتحليل العلاقة بين مجموعة من العوامل والميكانيزمات التي تكشف عن نمط النتائج والآثار الناتجة عن وجود أفراد معاقين داخل الأسرة . ومن أهم هذه العوامل (٨) :

- دراسة بناء الأسرة Family Structure ، والذي يشير إلي خصائص وسمات الأعضاء داخل الأسرة ، وحجم الأسرة Family Size ، وموطن الإقامة ، وطبيعة علاقات التجانس Homogeneity أو اللاتجانس Heterogeneity ، وطبيعة الوضع الثقافي Cultural Style للأسرة ، مثل الجنس ، والدين ، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية . ثم الطابع الأيديولوجي Ideological Style . والذي يفسر نوعية المعتقدات ، والقيم ، والإتجاهات ، والسلوك الإجتماعي الذي يتحدد بنوعية الطابع الثقافي العام للأسرة .

- دراسة وظائف الأسرة Family Functions ، ويشمل ذلك الوظائف الاقتصادية ، والمهنية ، والتنشئة ، والطاعة ، والتعليم ، والتأهيل والتي تقدم عامة إلي المعوق داخل الأسرة .

- التفاعل الإجتماعي Family Interaction ، ويشير إلي السلوك بين أفراد الأسرة ، والتغيرات التي تطرأ علي نسق العلاقات الفردية والجماعية ، ومن أهم عناصر التفاعل : التماسك Cohesion ، القدرة علي التكيف Adaptability ، والتفاهم أو الإتصال Communication .

- التغيرات الوظيفية والبنائية Structural & Funcational Changes ، وتتضمن تلك التغيرات طبيعة المظاهر الجديدة لنوعية بناء الأسرة وطبيعتها الثقافية والأيديولوجية . ونوعية التغير في المنزل ، والمهنة ، والوضع الإقتصادي غير المستقر وغير الملانم علي تحمل أعباء التعليم والعلاج والتأهيل للإعاقة في الأسرة .

وتعكس نتائج بعض الدراسات للآثار المباشرة Direct Effects علي طبيعة الحياة الإجتماعية والأسرية والعلاقة بين الوالدين ، للعائلات ذات الأطفال المعوقين . حيث أشارت دراسة كل من بلسكاي Belsky وريد Reed ، عن وجود علاقات إجتماعية غير مستقرة بين الوالدين للأطفال المعوقين ، فلقد تأثرت طبيعة الحياة الزوجية بعد حدوث الإعاقة بكثير من أنماط التفكير في العلاقات الإجتماعية ، كما بلغ معدل الطلاق Divorces rate ثلاث أضعاف المعدل الرسمي (علي مستوى المجتمع) ، وزاد معدل الإنتحار Suicide rate إلي الضعف تقريباً وخاصة بين أفراد أسر المعوقين (٩) .

في حين أشارت دراسة كراوس Krause أيضاً ، أن الإعاقة تؤثر بالفعل علي نمط الحياة الأسرية ، وتؤدي إلي بعض العلاقات الزوجية غير الوطيدة . حيث كشفت نتائج عينة الدراسة أن حوالي (٥٠٪) من أمهات الأطفال المعوقين لم تتأثر حياتهم الزوجية بطبيعة وجود الإعاقات ، في حين انقسمت (٥٠٪) من أفراد العينة الأخرى بين مجموعتين متساويتين الأولى أشارت إلي تأثر حياتهم الزوجية تأثيراً سلبياً ، بينما الثانية عبرت عن وجود علاقات قوية في الروابط الأسرية وخاصة بين الزوجين والتكيف مع مشكلة الإعاقة في الأسرة .

كما عبرت بعض نتائج الدراسات الأخرى ، عن نوعية التأثيرات غير المباشرة Indirect Effects للإعاقة في الأسرة ، ومدى مساهمة أو مشاركة الآباء للأمهات في العناية بالطفل المعاق ، ومقارنة نفس النشاط للآباء في الأسر السليمة (أو التي لا توجد بها إعاقات) . حيث كشفت نتائج الدراسة ، أن غالبية الآباء في الأسر المعاقة لاهتمامهم بمساعدة الأمهات أو المشاركة في رعاية أبنائهم ، علي عكس الآباء في الأسر غير المعاقة الأبناء . في حين أشارت نتائج دراسات أخرى حديثة أجراها كل من جاليفر Gallagher وآخرون (١٠) ، بأنه توجد رغبة مشتركة وحقيقية ، بين كل من الآباء والأمهات اللذين لديهم أطفال معاقون وبضرورة قيام الأب ، بتبني دور فعال

في الحياة الأسرية خاصة بعد الإعاقة . ولكن كلا من الطرفين الآباء والأمهات لم يحدد بالطبع ، حقيقة هذا الدور الذي ينبغي أن يقوم به الآباء .

وفي حقيقة الأمر ، إننا نتصور بأن هناك العديد من الآثار الإجتماعية ، التي تحدث بالفعل في البناء الإجتماعي لأسر المعاقين ، وقد تكون هذه الآثار ذات نتائج سلبية علي نسق العلاقات الإجتماعية في كثير من الأحوال . ولكننا لايمكن أن نعتمد علي نتائج بعض الدراسات الغربية ، والتي أجريت في مجتمعات ثقافية مختلفة عن مجتمعاتنا الشرقية والعربية . ويغض النظر عن الكثير من التفاصيل ، فإن طبيعة العلاقات الإجتماعية ، تتأثر بالفعل عند وجود أي نوع من المشاكل الإجتماعية داخل الأسرة ، ولكن عملية التكيف ، ومواجهة هذه المشاكل يرجع لنوعية بناء الأسرة من الناحية الثقافية والدينية والأخلاقية ، والإقتصادية أيضاً . وهذا لاينفي وجود الكثير من ملامح التصدع أو التباين حول علاج المشكلة ، وخاصة إذا كانت تتعلق بإعاقة أحد أفراد الأسرة وكيفية علاجها في المجتمعات النامية ، مهما تغيرت الأوضاع أو المستوى الإقتصادي للأسرة ذاتها .

ويؤيد ذلك ، إحدى نتائج الدراسات الهامة التي أجريت بالفعل في دولة الكويت^(١١) ، والتي سعت للكشف عن نمط التفاعل الإجتماعي والنفسي بين عينة من أسر المعاقين ، وأخري من الأسر بدون إعاقات . حيث كشفت نتائج الدراسة ، علي أن المجموعة الأولى تميزت بقلّة التعبير عن مشاعرها تجاه الإعاقة والنظرة الواقعية إليها . كما انخفضت معدلات الضبط ومستويات التشجيع لأفرادها نحو الإستقلالية في إتخاذ القرارات ، وذلك بالمقارنة بغيرها من المجموعة الثانية (الأسر غير معاقة) .

(جـ) الآثار الإقتصادية : حقيقة تتعدد الآثار الإقتصادية الناتجة عن وجود إعاقات داخل الأسرة ، حيث تسبب الإعاقة أيا كان نوعها في حدوث تأثيرات سلبية علي الدخل الإقتصادي للأسرة وخاصة إذا كانت الإعاقة لعائلها الوحيد.

فالإعاقة ، تؤدي إلى الحرمان من العمل ، والبطالة الإجبارية في كثير من الأحيان ، وخاصة في الدول النامية . كما تؤدي أيضاً إلى ضعف الإنتاجية وقدرات العمل العادية ، ومن أهم المظاهر الاقتصادية السلبية لآثار الإعاقة على الأسرة ، مضاعفة أجور العلاج الطبي أو الطبيعي ، وزيادة نفقات التعليم و التأهيل ، وشراء الأجهزة التعويضية الأخرى .

وعلاوة على ذلك ، أن الآثار الاقتصادية قد لا تنتهي بعد فترات التأهيل أو شراء الأجهزة التعويضية أو حتي الإنتهاء من مراحل التعليم الأساسية ، لأنها تستمر باستمرار حياة المعاق ذاته . حيث يشعر جميع أفراد الأسرة بنوع من الإلتزام الاقتصادي تجاه المعاق ، خاصة إذا كان هناك نوع من العلاقات الإجتماعية الأسرية القوية ، أما إذا انعدمت هذه العلاقة ، فسوف تكون هناك نتائج سلبية على المعاق بصفة مباشرة .

حقيقة ، أن مجال دراسة التكلفة الاقتصادية لأسر المعاقين مازالت من الدراسات شبه النادرة ، وخاصة التي تجري في الدول النامية ، نظراً لطبيعة قلة إهتمامات الباحثين والمهتمين بمجال رعاية المعوقين بصفة عامة .

ثالثاً : الآثار الناتجة على المجتمع من الإعاقة :

كشفت تحليلاتنا السابقة عن حجم وإبعاد مشكلة الإعاقة والمعوقين على المستوى العالمي ، والعربي ، والخليجي ، ونسب وإحصاءات متعددة ، تؤكد معظمها حسب تقديرات الأمم المتحدة ، بأن إجمالي نسبة المعوقين تصل متوسطها إلى ١٠٪ من إجمالي عدد السكان العالمي . ولقد قدرت هذه النسبة بأكثر من ٥٥٠ مليون معاق ، بالطبع تحصل الدول النامية على النصيب الأكبر من هذا العدد نتيجة لعوامل متعددة ، منها أن أكثر من ٨٠٪ من سكان العالم يعيشون في الدول النامية فقط ، كما ترتفع كل من معدلات الكثافة السكانية والزيادة السنوية للنمو السكاني من ناحية أخرى في هذه الدول .

وفي حقيقة ، الأمر أن هذه النسبة من المعاقين في المجتمع تعتبر نسبة كبيرة منها في إعداد الطاقة العاملة ، التي تحتاجها الدول النامية ، وخاصة تلك التي تتلطف علي زيادة قوتها الإنتاجية من العاملين مثل دول الخليج العربي علي سبيل المثال . ومن ثم ، فإن فئة المعاقين تعتبر طاقة بشرية ، يمكن الإستفادة منها في عمليات التنمية الإقتصادية والإجتماعية ، وتعد عملية تأهيلهم من العمليات الهامة التي تعود بفائدة مشتركة سواء علي المعوقين وأسرهم أو علي المجتمع الذي يعيشون فيه ، حيث يسهم ذلك في تنمية مواردهم الخاصة وزيادة الدخل القومي .

وفي السنوات الأخيرة ، اهتمت العديد من التشريعات القانونية والمدنية بعمليات تشغيل وتأهيل المعوقين ، وجدت نسبة المعاقين ٢٪ من إجمالي القوي العاملة ، وضرورة مشاركتهم في العمل والإنتاج ، وكان ذلك إنطلاقاً من التوصيات العالمية التي كرست لارعاية حقوق المعاقين والعمل علي إستثمار طاقاتهم في المجتمع . ولكن بالطبع ، هناك العديد من المعوقات ، التي مازالت تواجه المعوقين في مجال العمل والإنتاج ، وخاصة في الدول النامية ، وذلك لإعتبارات متعددة ، ترجع معظمها إلي طبيعة النسق الثقافي والإقتصادي والأيدولوجي ، الذي يحدد إتجاهات المجتمع وقيمه نحو المعاقين ومعاملتهم ورعايتهم بصفة عامة في الوقت الحاضر .

وفي الواقع ، أن هناك الكثير من الآثار الإقتصادية الناتجة عن زيادة المعوقين في المجتمع وخاصة في الدول النامية الفقيرة أو الضعيفة منها علي حد سواء . فبالإضافة إلي ، أن غالبية المعاقين تعتبر من الفئات غير العاملة في المجتمع ولا تسهم في عمليات الإنتاج الفعلية ، نجد أن هذه الفئة وأسرهما تعيش علي المساعدات المالية أو من نظم الضمان والتأمينات الإجتماعية ، التي تستنزف من الدخل القومي . كما أن التكلفة الإقتصادية في مجالات تعليم وتأهيل وتدريب وعلاج المعوقين ^(١٢) ، تعتبر ذات تكلفة إقتصادية عالية بالمقارنة بالفئات الأخرى من المجتمع ، وبالتالي يمثل ذلك مصادر عديدة للأعباء الإقتصادية علي الميزانية العامة ،

وتؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة علي تحقيق سياسات التنمية بوجه عام .
وعموماً ، أن عمليات التأهيل والتدريب والتخطيط لرعاية الموقنين يعتبر عملاً
اجتماعياً وإنسانياً ، يجب أن تهتم به الدول المختلفة لتحقيق نتائج إيجابية علي
المجتمع ككل وهذا ماسوف نعالجه حالياً .

الهوامش والمراجع :

- (١) عثمان لبيب فرج ، مرجع سابق ، ص ٢٢ - ٢٩ .
- (٢) توجد بعض التحليلات الهامة التي تتناول العلاقة بين سوء التغذية والأمراض المتعددة المرتبطة بها وتأثيرها بصورة خاصة علي حدوث الإعاقات العقلية .
للمزيد من التفاصيل انظر :
- مني فياض ، مرجع سابق ، ص ٧٧ - ٩١ .
- (3) Kornblum, W. & J. Julian , Social Problems , N. J, Prentice - Hall Inc., 1989 , pp. 44 - 51 .
- (٤) انظر ، المبحث الأول من هذه الدراسة .
- (٥) أحمد مال الله الأنصاري ، المعاق وعائلته ، سلسلة الدراسات الإجتماعية العمالية (١٧) ، مرجع سابق ، ص ١٦٠ .
- (6) Nihira, K., Meyers, E. & Mink. I. t., Home Environment, Family adjustment, and The development of Mentally retraded children, Applied Research in Mental Retardation (1) , 1980 , pp. 5 - 24.
- (7) Commings, S. T., The impact of the handicapped child on the father : A study of fathers of Mentally retarded and chronically ill children , American Journal of Orthopsychiatry (36) , 1976, pp. 246 - 255.

- (8) Turnbull , A. P. J. A. Summers, & M. J. Brotherson, Family Life Cycle : Theorital and Empirical Implications and Future Directions for Formities with Mentally Retarded Member " in J. J. Gallagher & P. M. vietze (ed.) Families of Handicapped Persons, Baltimore : Paul H. Brooke Publish. Co. 1986, pp. 45 - 65.
- (9) Belsky, J., Early Human Experience : A Family Perspective, Development Psychology (17) , 1981, pp. 3 - 23.
- (10) Gallagher , J. J. , W. Scharfman, M. Bristol, M., The divison of Responsibilities in Families with pre-school handicapped and nonhandicapped children journal of the division of Early childhood (8) , 1984 , pp. 3 - 11 .

(١١) للمزيد من التفاصيل حول هذه الدراسة انظر :

- فتحي عبد الرحيم " دراسة للتفاعل الاسري كأحد الأبعاد الفارقة في برنامج التقويم السيكولوجي للمعوقين " مجلة العلوم الإجتماعية ، جامعة الكويت ، العدد (١) ، السنة (٨) ، ١٩٨٠ ، ص ٧٥ - ص ١٠١ .

(١٢) كشفت إحدى الدراسات في الأردن عن واقع التكلفة الإقتصادية للطفل الواحد في مراكز الإعاقة علي النحو التالي : حيث يصل تكلفته في مراكز متعددي الإعاقات بحوالي ١٧٠ دينار شهرياً ، ١٤٠ دينار في مراكز الإعاقات العقلية ، كما تصل التكلفة ما بين ٧٠ - ١٠٠ دينار للرعاية النهارية فقط . انظر :

- أحمد الخطيب ، واقع الإعاقة في الأردن ، مرجع سابق ، ص ١٣ .

المبحث الخامس

عمليات التأهيل ورعاية المعوقين

تمهيد :

(١) التعريف بعملية التأهيل للمعوقين .

(٢) مستويات وبرامج رعاية المعوقين .

(٣) عمليات تأهيل المعوقين .

(٤) مؤسسات ومراكز التأهيل .

تمهيد :

يهتم علماء الاجتماع والسياسة الاجتماعية بتحليل أهم المشكلات التي تواجه المجتمع الحديث ، الذي تعددت فيه نوعية المشاكل وأنماط السلوك الإنحرافي والتفكك الاجتماعي . وسعي هؤلاء العلماء لمعرفة الأسباب التي تؤدي إلى زيادة معدلات نمو المشاكل الاجتماعية ، محاولين بذلك طرح العديد من الحلول والمقترحات ، وتبني أساليب وسياسات إجرائية وعلاجية للوقاية والحد من تفاقم النتائج السلبية لهذه المشكلات سواء علي الفرد أو المجتمع . كما يحاول علماء الاجتماع كغيرهم من علماء العلوم الاجتماعية الأخرى ، الكشف عن العوامل المتداخلة التي عن طريقها ، يمكن تفسير نوعية هذه العوامل ، ولبنية المشاكل الاجتماعية ، وعلاقتها بالقيم الثقافية والنظم الاجتماعية السائدة . علاوة علي ذلك ، يسعى علماء الاجتماع لمعرفة أسباب تزايد المشاكل الاجتماعية مثل ، الجريمة والانحراف ، والبطالة ، والمخدرات ، والمعوقين ، وغيرها في مجتمعات معينة دون الأخرى ، أو في فترات تاريخية أو اجتماعية معينة بالذات .

ومن ناحية أخرى ، يحاول علماء الاجتماع عن طريق إستخدام أساليب جديدة، في الإعداد والبحث عن مصادر وأسباب نوعية المشاكل الاجتماعية المتفاقمة. وتعتبر عملية التخطيط الاجتماعي والإقتصادي من العمليات الهامة التي يهتم بها العلماء والباحثين ، عند محاولتهم طرح إستراتيجيات أو حلول لإحدى المشاكل أو مجموعة منها . وبالطبع ، هناك معوقات أو حدود تواجه عمليات التخطيط والتنبؤ حسب نوعية المشكلات ، ولبنية المجتمع ونظمه الاجتماعية والإقتصادية ، ودرجة الوعي الثقافي والمشاركة الاجتماعية وغيرها .

وفي الواقع ، هناك العديد من علماء الاجتماع الذين ركزوا كثيراً في تحليلاتهم، علي نوعية المشاكل الاجتماعية وعلاقتها بطبيعية البناء الاجتماعي ونظمه المختلفة . ولقد أسهم بعض علماء الاجتماع الأوائل والمعاصرين بإسهامات قيمة في

هذا المجال ، وكما أشرنا فيما سبق ، كيف حاول ميرتون ، وفيبر ، وبوركاييم ، التعرف علي نوعية المشاكل الإجتماعية المصاحبة للمجتمع الحديث ، والتي تفسر عمليات التغير والتحول الإجتماعي السريع . وربما نجد في تحليلات ميرتون Merton ، كأحد الأمثلة علي ذلك خاصة في طرحه مقالاً^(١) قيماً ، حول مايعرف بالبناء الإجتماعي والأنومي Social Structure and Anomie ، وتحليله لأبعاد سوسيولوجية هامة ، من خلال دراسته لطبيعة العلاقات والبناءات الإجتماعية ، وارتباطها بمجموعة من الأهداف Goals والوسائل Means ، التي عن طريقها يحدث التكيف الإجتماعي والثقافي في المجتمع . ولقد ركز (ميرتون) علي نوعين أساسيين من التكيف Adoptation ، يمكن عن طريقهما توجيه الأفعال والأهداف الإجتماعية حتي تحقق وظائفها الأساسية في المجتمع . وبصورة موجزة ، ركز (ميرتون) علي وضع نظرية عامة يجعل فيها سلوك الأفراد والمجتمع معاً ، موجة لتحقيق تكامل للأهداف والوسائل Integration of Goals & Means الإجتماعية .

وفي إطار معالجتنا ، لمشكلة المعوقين باعتبارها إحدى المشاكل الإجتماعية في المجتمع الحديث ، نحاول أن نتعرف إلي أي حد يمكن تطبيق وجهات نظر علماء الاجتماع والسياسة الإجتماعية في تحليل هذه المشكلة ، وكيف يمكن توظيف هذه الأفكار والنظريات ، من أجل إعادة التكيف ، لفئة إجتماعية تعاني العديد من الآثار النفسية والإجتماعية والإقتصادية ، وتؤثر بالطبع علي نوعية الحياة الإجتماعية العامة في المجتمع ككل . وفي حقيقة الأمر ، نجد أن هناك المزيد من الدراسات السوسيولوجية المتخصصة التي ظهرت حديثاً ، نتيجة لنمو علم الاجتماع وفروعه المختلفة ، وتوجيهها لدراسة مشكلات إجتماعية محددة . ويعتبر علم الاجتماع الطبي Medical Sociology ، أحد تلك الفروع ، الذي تعرض لمشكلة الرعاية الطبية في المجتمع بما فيها المرضى المعوقين . فنجد علي سبيل المثال ، إسهامات كل من كوسر Coser ، وتشارلز برونو C. Perrow ، ووليم جلاسر W. Glaser ، والبيوت

فريدسون E. Friedson^(٧) وغيرهم ، سعت لتحليل عمليات إعادة التأهيل Rehabilitation للمرضي وخاصة للمعوقين ، وكيفية تطور عمليات العلاج الكلاسيكي عن طريق تبني أنماط جديدة من العلاج الاجتماعي ، والتأهيل النفسي الاجتماعي ، واستخدام ما يعرف عموماً " بنموذج التأهيل " ، كأحد النماذج الجديدة في مجال الرعاية الشاملة Comprehensive cares . والعمل علي جعل المستشفيات وتنظيمات الرعاية النفسية والعقلية التي تهتم بالمرضي ، بمؤسسات إنتاجية جديدة ، تركز من أجل إعادة بناء المرضي كأفراد لديهم القدرة علي مواجهة الحياة والعمل والإنتاج مرة أخرى .

وعلي أية حال ، سوف نعالج حالياً عمليات وأساليب التأهيل النفسي والاجتماعي والاقتصادي أو المهني للمعوقين ، وذلك عن طريق تحليل ماهية أو المقصود بعملية التأهيل ، ثم طبيعة مستويات وبرامج الرعاية للمعوقين ، وماهي أهم العمليات التي يتضمنها التأهيل وأساليبه المختلفة ، ثم ما طبيعة السياسات الحكومية نحو التخطيط لرعاية وتأهيل المعوقين ومحاولة إدماجهم في المجتمع .

١ - التعريف بعملية التأهيل للمعوقين :

عرضنا فيما سبق ، إلي أي حد ترتبط مفاهيم الإعاقة والعجز أو الإصابات بالعديد من المفاهيم والمعاني المتداخلة معها . لويعتبر مفهوم التأهيل Habilitation من المفاهيم الأخرى ، التي تشارك هذه المفاهيم عند دراسة وفهم مشكلة المعوقين بصفة خاصة . ومن ثم ، ينبغي تنظيمها حتي يمكن فهمها بسهولة ، وفي إطار دلائلها ومعانيها الدقيقة ، وخاصة عند تناول هذه المشكلة المتداخلة الأسباب والنتائج والمظاهر في نفس الوقت .

وقبل تناولنا لمفهوم التأهيل ، يجب أن نشير بإيجاز إلي نبذة تاريخية عن عملية التأهيل ذاتها والمراحل التي مرت بها حتي وقتنا الحاضر فقد جاءت عمليات

تأهيل المعوقين خاصة بعد إنتهاء الحرب العالمية الثانية ، والتي تركت ورائها الكثير من أعداد المعاقين ، التي تطالب برعاية إجتماعية خاصة ، وتأهيلهم للحياة والعمل مرة أخرى . وفي الواقع ، أن طبيعة الظروف الإقتصادية العالمية التي حدثت في الثلاثينات ، وسبقت الحرب مباشرة خلفت ورائها المزيد من المشاكل الإقتصادية والمالية ، وزاد من حدة المشكلة الإقتصادية أن كثيراً من دول العالم ، وجدت نفسها قد فقدت الكثير من القوي العاملة . فلجأت معظم تلك الدول إلي تبني سياسات تأهيلية لرعاية المعوقين ، والعمل علي الإستفادة منهم ، في مؤسسات الإنتاج والعمل لسد إحتياجاتها الأساسية من القوي الإنتاجية .

وبالطبع ، ساهم في ذلك نتائج وتوصيات المؤتمرات والندوات العالمية ، التي نظمتها منظمات الأمم المتحدة وغيرها ، وكان أولها في عام ١٩٤٤ ، وهو مؤتمر العمل الدولي ، الذي أعطي تقديراً كبيراً لإسهامات المعوقين وأدائهم المهني خلال فترات الحرب ذاتها ، وأكد علي ضرورة تبني سياسات أكثر فاعلية في مجال توفير فرص العمل ، والتدريب ، والتوجيه المهني وغير ذلك من مجالات متعددة ، تسهم أساساً نحو تطوير الكفاءات المهنية والفنية لطاقت المعوقين . وخلال الخمسينات والستينات ، توالى الإهتمامات الدولية ، نحو ضرورة إدماج المعوقين في القوي العاملة الإنتاجية ، خاصة بعد أن تقدم الطب الحديث ~~إلا~~ اكتشاف سبل العلاج اللازمة للأمراض المعدية ، التي تنتشر بين المعاقين مثل السل الرئوي وغيرها . فاقبعت الورش المحمية المهنية ، وأمكن تأهيل المعوقين عقلياً ، وأنشئت مؤسسات التأهيل المختلفة التي ساهمت في هذا المجال (٣) .

وخلال العقود الماضية ، بذلت جهوداً مضنية أدت إلي تطور عمليات التأهيل ، خاصة في مجال تأهيل المعوقين جسدياً وعقلياً ، واستخدم مفهوم جديد للتأهيل ، وسمي بالتطبيع Normaliation ، وهو يعتبر عملية شاملة لإدماج هذه الفئات المعاقة في المجتمع ، بدلاً من عزلهم وإيوائهم فقط في مؤسسات الرعاية

الخاصة، والعمل على تدريب المعوقين ، وتزويدهم بالخبرات المهنية والعلاجية والإجتماعية والثقافية اللازمة . وفي حقيقة الأمر ، أن عمليات التأهيل أو التطبيع تحتاج إلى الكثير من الجهود المكثفة لتحقيق أهدافها وأغراضها . وفي السنوات الأخيرة ، أحرز تقدماً ملحوظاً بفضل تطوير عمليات التأهيل والأعداد للمعوقين لدمجهم في المجتمع ، وتوجيه الكثير من إهتمام السياسات الحكومية ، وتغيير الاتجاهات العالمية والمحلية نحو حقيقة مشكلة المعوقين .

وبعد هذا التحليل الموجز ، لعملية التأهيل نجد مفهوم "التأهيل" يعكس كثيراً من المرادفات والمعاني اللغوية ، فالفرد العادي إذا اختل توافقه مع البيئة ، التي يعيش فيها ، مايلبت لإعادة التوافق عن طريق التعلم وغيره . ومن ثم ، نجد أن كلمة "التأهيل" يوجد لها مرادفات مثل " التوافق " Adjustment ، أو "التعليم" Education ، أو " التكيف " Adopation ، أما إذا إزدادت عمليات " عدم التوافق " مع البيئة ، فيحتاج الإنسان إلى المزيد من الخدمات التي تساعد على إعادة التوافق أو التكيف ، خاصة وأن قدراته الذاتية لاتقدر على إنجاز ذلك بمفردها . ومن ثم ، يطلق على ذلك " إعادة التكيف " أو إعادة التوافق ، أو إعادة التعليم . وهكذا يمكن أن يعرف التأهيل بأنه " إعادة التكيف " أو " إعادة الإعداد للحياة " (٤) .

كما يمكن تحليل مفهوم " التأهيل " من جوانب متعددة ، خاصة إذا كان إختلال الفرد وتكيفه مقتصرأ على جانب واحد فقط . مثال ذلك ، الجوانب الطبية ، كأن ما يحتاج الفرد من التأهيل هو " التأهيل الطبي Medical habilitation " ويستلزم ذلك إجراءات متنوعة لتوفير القدرات البدنية اللازمة ، سواء عن طريق استخدام الأطراف الصناعية أو إجراء العمليات الجراحية . أما إذا إحتاج الفرد المصاب ، إعادة تكيفه من الناحية النفسية ، فإنه يحتاج أيضاً إلى نوع آخر من التأهيل ، وهو التأهيل النفسي Psychological habilitation ، حيث يتم ذلك عن طريق الأخصائي النفسي والتعاون مع الأخصائي الإجتماعي والعلاج الطبيعي ،

والكشف عن الأسباب النفسية والوراثية التي تسهم في هذا التأهيل . أما إذا كانت مصادر الخلل أو عدم التوافق ، لها علاقات مباشرة بظروف العمل أو العلاقات الإجتماعية والأسرية ، وينتج عنها مظاهر سلوكية منحرفة عن طبيعة البيئة الإجتماعية التي يوجد فيها الفرد . ومن ثم ، فإن إعادة التكيف ومواجهة هذه الظروف يطلق عليها بعملية التأهيل الإجتماعي Social habilitation . وينطبق ذلك أيضاً ، في حالة إذا واجه الفرد إختلاً ما ترتب عليه فقدان عمله ومهنته ، التي يتعيش منها ، بسبب ما من الأسباب المعروفة التي تنتج عنها إعاقة أو إصابة أو عجز معين ، فإنه يحتاج بالضرورة إلى أشق أنواع عمليات التأهيل وهو التأهيل المهني Vocational habilitation .

ومن هذا المنطلق ، يعتبر هذا النوع الأخير ، من أنواع التأهيل - التأهيل المهني - من أصعب العمليات التي يحتاجها الفرد المعاق ، خاصة وأنها تحتاج تقريباً إلى كافة عمليات التأهيل السابقة ، النفسية ، والإجتماعية والطبيعية . ولقد وضعت الكثير من المنظمات العالمية تعريفات متعددة ، تتعلق بالتأهيل المهني للمعوقين ، ومن أهم هذه التعريفات (تعريف منظمة العمل^(٩) الدولية International labor organization ، والذي يشير إلى أن ، (التأهيل المهني للمعوقين هو ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة والمتراصة ، الذي ينطوي على تقديم الخدمات المهنية ، كالتوجيه المهني والتدريب المهني ، والتشغيل ، مما يجعل المعوق قادراً للحصول على عمل وعائد مادي مناسب .

وفي الواقع ، إننا نرى أن مفهوم " التأهيل " قد يتضمن الكثير من المعاني والمفاهيم الأخرى التي تشملها عملية التأهيل ذاتها ، والهدف منها كإستراتيجية هامة ، لا تقتصر وظيفتها على الإعداد والعمل أو التدريب المهني فقط ، بقدر ما هي سياسة رعاية إجتماعية شاملة توجه إلى الفرد المعاق وأسرته والمجتمع في نفس الوقت ، وتحقيق حياة إجتماعية مثمرة تؤدي في النهاية ، إلى زيادة روح الولاء

والإلتزام والوعي الإجتماعي ، وتحقيق وإنجاز التكامل بين الأهداف والوسائل ، التي تركز من أجل التنمية الإجتماعية الشاملة .

ويؤكد علي ذلك ، أحد أقطاب ورواد التأهيل المهني ، وهو كينث هاملتون (1) K. W. Hamilton ، الذي يوضح أن إصطلاح التأهيل يشير "لتحقيق حياة إجتماعية مثمرة وتكوين شخصية متكاملة للفرد العاجز وذوي العاهة .. ، فالتأهيل موجه بالفعل ، إذ يرمي إلي تحديد إمكانات الفرد وتمييزها والإستفادة منها ، ويستهدف إعادة القدرة علي الإنتاج والتنافس والإستقلال ، والعزم وتقرير المصير ويبحث عن إستغلال جميع الإمكانيات والموارد الميسرة ، سواء في الفرد أو في المجتمع بما يحقق الهدف " .

علوة علي ذلك ، أن عمليات تحقيق هذا الهدف ، تضع الكثير من المشاكل أمام المجتمعات عند تأهيل المعوقين مهما كانت درجة تقدمها فعمليات التأهيل الطبي والنفسي والإجتماعي وما يرتبط بهما من مهارات ضرورية أخرى ، مثل الحاجات التعليمية والمهنية ، غير كافية لعملية تأهيل المعوقين ، إلا إذا تم الإعداد والتخطيط المتكامل بين هذه الخدمات ومساعدة المعاق للتعلم علي نواح عجزه وضعفه .

وهذا بالطبع ، يفسر " عملية التأهيل " ومدى تعقدها وتتضمنها مجالات متعددة من التخصصات الطبية العلاجية ، وخدمات النقاة والتوجيه المهني ، والتشغيل . كما أنها تتضمن أيضاً ، قطاعات كبيرة من الخدمات العامة ، والتي تشمل مراكز ومؤسسات ومستشفيات رعاية المعوقين . هذا بالإضافة ، إلي أن عمليات "التأهيل" تحتاج إلي إعداد وتدريب مهني وتخصصي للقائمين علي تقديم الخدمات والعاملين بمؤسسات الرعاية المختلفة في مجال المعوقين .

وهكذا ، نجد أن مفهوم " التأهيل " وعملياته المختلفة ، يشمل الكثير من نواح الإعداد والتخطيط لرعاية المعوقين سواء أكان ذلك تأهيلاً نفسياً ، وإجتماعياً ،

ومهنياً ، وطبيعياً . كما يشير في نفس الوقت ، إلى ضرورة تكامل تلك الأنماط من عمليات التأهيل ، وضرورة مراعاة التخصص والتكامل بين الفئات المهنية الموجودة في مؤسسات الرعاية الاجتماعية المختلفة . علاوة على ذلك ، أن عملية التأهيل ، تتطلب العديد من برامج التأهيل الأخرى ، للعاملين بهذه المؤسسات من أجل إعدادهم واكتسابهم الخبرات اللازمة في مجالات التأهيل .

ومن هذا المنطلق ، يجب أن نفهم عملية التأهيل ، على أنها إستراتيجية عامة ومهنية ، لتحقيق أهداف متعددة ، وتتدخل فيها عمليات معقدة ومتنوعة . فمفهوم "التأهيل" لا يقتصر فهمه على إعداد المعوقين واكتسابهم خبرات مهنية محددة ، تساعد على اكتساب عائد مادي فقط ، بقدر ما يعتبر عملية اجتماعية شاملة ، تهدف لإعداد كل من المعوق وأسرتهم نحو اختيار مستقبل اجتماعي ومهني أفضل . ولكن ذلك لن يتأتى إلا عن طريق تغيير جذري في قيم واتجاهات وأيديولوجيات المجتمع ، الذي يعيشون فيه ، وإقناع أساسيين من قبل القائمين على وضع السياسات الحكومية ، بأن المعوقين فئة اجتماعية ، لها الكثير من الحقوق الإنسانية والاجتماعية في المجتمع ، كما أن عملية تأهيلهم تعتبر عملية اجتماعية قومية ذات أهداف متعددة ونتائج إيجابية على كل من المعاق وأسرتهم والمجتمع أيضاً .

٢ - مستويات وبرامج رعاية المعوقين :

كشفت تحليلاتنا السابقة ، حول كيفية إهتمام علماء الاجتماع والخدمة الاجتماعية وغيرهم من المهتمين بدراسة مشكلات المجتمع الحديث ، والتعرف على جنور هذه المشكلات محاولين بذلك فهم العوامل المتداخلة التي تسهم في تفاقم نتائجها السلبية على المستوى الفردي والاجتماعي ، خاصة بعد أن تبين عقم الحلول الجزئية وعدم جدواها في تقديم العلاج المناسب للمشكلات المتزايدة في الوقت الحاضر . كما ظهرت في السنوات الأخيرة ، العديد من الجهود التي تتادي بضرورة توجيه سياسات المجتمع ، للحد من نتائج هذه المشكلات ، وذلك عن طريق تبني

مداخل الحل الشامل ، والذي يلخذ في الاعتبار ، نوعية المجتمع ، وطبيعة ظروفه الاقتصادية والثقافية والإجتماعية ، والعلاقة المتبادلة بين البناءات والنظم الإجتماعية بصورة عامة .

وفي حقيقة الأمر ، وفي إطار تناولنا لمشكلة المعوقين وعمليات التأهيل ، التي يجب إتخاذها بصورة فعلية ، لحد من الآثار السلبية المتعددة ليس فقط علي المعاق وأسرتة ولكن أيضاً علي المجتمع ، الذي يعيشون فيه . يمكن أن نقترح بعض المستويات العامة ، التي عن طريقها يمكن الإسهام من الناحية الواقعية في الحد من الإعاقة ، ثم بعد ذلك نسمي لتحليل نتائج الدراسة الميدانية ، للتعرف إلي أي حد يمكن إستغلال هذه المستويات بصورة عملية لعلاج مشكلة المعوقين والوقاية منها بقدر الإمكان، خاصة ، وأن كثيراً من أسباب هذه المشكلة ، ترجع إلي عوامل إجتماعية وأخلاقية وحضارية من الدرجة الأولى ، علاوة علي ذلك فإن معظم العوامل البيولوجية والوراثية تسهم في تشكيلها أيضاً ، العوامل البيئية والإجتماعية والثقافية

وعلي أية حال ، فالتنا تنصو وجود ثلاثة مستويات أساسية تلعب دوراً هاماً في الإعداد والتخطيط للتقليل من حجم نتائج مشكلة المعوقين وهي :

أولاً : المستوى الأول : ويهدف لمنع حدوث العوامل المسببة للإعاقة بقدر الإمكان.

ثانياً : المستوى الثاني : ويهدف للتحقق من الآثار السلبية المتعددة بعد حدوث الإعاقات مباشرة .

ثالثاً : المستوى الثالث : ويركز علي تقديم برامج للتأهيل والعلاج الشامل التي يجب تقديمها للمعاقين في المجتمع .

وقبل تحليل هذه المستويات ، نود أن نشير إلي حقيقة هامة ، وهي أن

المستويين الأول والثاني ، لهما صلة مشتركة ، ويمكن أن نطلق عليهما بمستوي الحد من الإعاقة ، من الناحية الفسيولوجية والوظيفية وكنوع من الإجراءات الوقائية ، التي يجب إتخاذها للتقليل سواء من معدلات التزايد المطردة للمعاقين في المجتمع ، أو لتقديم الإجراءات السريعة ، التي يجب إتخاذها في حالة حدوث الإصابة أو العجز أو الإعاقة . أما المستوى الثالث ، فإنه يشير بوضوح ، إلى البرامج التنفيذية لرعاية المعوقين ، مع التركيز علي عمليات التأهيل الإجتماعي بصورة خاصة .

ونظراً لأهمية هذه المستويات الثلاثة ، والتي تعتبر مرحلة متصلة الحلقات ، في إطار عملية علاج ورعاية المعوقين ، يمكن الإشارة إليها بصورة مختصرة علي النحو التالي (٧) :

المستوي الأول : تتركز العمليات الإجرائية لهذا المستوى ، في تجنب حدوث الأسباب التي تؤدي إلي حدوث الإعاقات ، وقد يشمل ذلك أساليب طبية وعلاجية ، مثل عمليات التحصين ضد الأمراض المسببة للإعاقة ، ولاسيما شلل الأطفال والدفتريا والعصبة ، وإعداد برامج إجرائية دقيقة ، لمنع أو التقليل من معدلات حوادث الطرق والمنزل والعمل . كما شمل ذلك ، زيادة الوعي الصحي ، عن طريق تقديم سياسات متطورة للتوعية والتثقيف الصحي والغذائي ، وبرامج صحة البيئة . ورعاية الأمهات الحوامل وإرشادهم من الناحية النفسية والجسمانية ، ومعرفة مسببات الإعاقة مثل تناول العقاقير والمخدرات والمسكرات . وضرورة إجراء الفحوصات الطبية الدورية والمنتظمة للتأكد من سلامة الجنين والام أثناء فترات الحمل وبعد الولادة مباشرة . علاوة علي ذلك ، يتضمن هذا المستوى ، إتخاذ إجراءات وأساليب حديثة للتوعية الإجتماعية خاصة من زواج الأقارب ، ومعرفة الاحتمالات الطبية الناتجة عن الأمراض الوراثية المختلفة ، وضرورة إجراء الفحوصات الطبية اللازمة للأغوين في الزواج من الجنسين .

ويمكن طرح بعض التصنيفات الإجرائية ، التي يمكن أن تندرج تحت هذا المستوى للوقاية من الإعاقة وهي :

① - دعم برامج رعاية الأمومة والطفولة بصفة عامة ، عن طريق التثقيف الصحي والعلاجي للإمهات .

② - الوقاية من الحوادث بأنواعها مثل حوادث الطرق والمنزل والعمل ، وإصدار التشريعات اللازمة الخاصة بإزالة مخاطر ومسببات حدوثها .

③ - تحسين الأوضاع الغذائية ، وخاصة بالنسبة للأطفال ، وتجنب مخاطر عمليات سوء التغذية ، ومعرفة مسبباتها للإعاقة بأنواعها المختلفة .

④ - العمل على إصدار التشريعات اللازمة ، للوقاية من حدوث الإدمان والمخدرات والتخخين ، مع استخدام حملات التوعية الإعلامية والثقافية والدينية .

⑤ - ضرورة تبني إجراءات وقائية من الأمراض المعدية ، عن طريق تطبيق نظم التطعيم والتحصين الشامل ، ومنع التلوث وانتقال الميكروبات .

⑥ - الاهتمام بمؤسسات الرعاية الطبية والمستشفيات ، لمعرفة الإصابات المبكرة التي تؤدي إلى حدوث إعاقات وتوفير كافة التخصصات والإمكانات العلاجية لها .

⑦ - العمل على إصدار تشريعات لإحكام الرقابة المستمرة على استعمال وتداول المستحضرات والعقاقير الطبية ، لعدم إساءة استخدامها وأثرها على حدوث الإعاقات والتشوهات الخلقية .

⑧ - المستوى الثاني . ويهدف هذا المستوى الوقائي ، لمنع الوصول بالإصابات والمصابين إلى درجة العجز والإعاقة أو ما يعرف عموماً بحدوث القصور الوظيفي Functional Limitation ، وذلك عن طريق استخدام أساليب إجرائية وإسعافية سريعة ، بعد حدوث الإصابة أو الحوادث مباشرة . مثال ذلك ، تقديم

العلاج السريع لحالات حوادث الطرق والمروء والمنازل والعمل ، وتجنب المضاعفات الطبية وتقديم العلاج ، لحالات مرضية مثل التراكوما ، ورمد العين ، والالتهاب السحائي ، وحالات الأنيميا وسوء التغذية ، ونقص الفيتامينات والكالسيوم وغيرها .

وبالطبع ، لقد ساهم في التخفيف من حدة هذه الأمراض ، تقدم الطب العلاجي عن طريق إكتشاف الأمصال والعقاقير اللازمة ، وزيادة إستخدام التكنولوجيا الطبية والعلاجية ، وخاصة في مجال جراحة العظام والعلاج الطبيعي . كما كان لتطور أساليب وبرامج التدريب والتأهيل المهني والطبي ، من إتاحة العديد من الفرص للتقليل من آثار حدوث الإعاقة أو الإصابة .

ويمكن عرض بعض الإجراءات الهامة ، التي تتدرج تحت هذا المستوى كما يلي :

١- الكشف المبكر عن حدوث حالات النقص أو الإصابة في إحدى الوظائف أو الأعضاء الجسمانية وخاصة عند الأطفال .

٢- تقديم العلاج السريع والفوري لحالات أمراض التراكوما ومرض العين ، ونقص الفيتامينات وخاصة فيتامين (أ) المسبب لكف البصر .

٣- إتخاذ الإجراءات اللازمة لتقديم الإسعافات الفورية في حالات حوادث السيارات ، وتوفير الأجهزة التعريضية والتدريب عليها .

٤- تقديم العلاج الفوري لحالات السل وأمراض القلب ، والحساسية والنزلات الشعبية والأمراض غير المعدية الأخرى ، التي لها علاقة بحدوث الإعاقة .


٥- الكشف المبكر وتقديم العلاج لحالات الإضطرابات النفسية والعقلية وخاصة الصرع والشيخنفرنيا والإكتئاب وغيرها ، ومعرفة الآثار المسببة

لها ، وخاصة عوامل التفكك الأسري والإجتماعي والإنحلال الأخلاقي والديني .

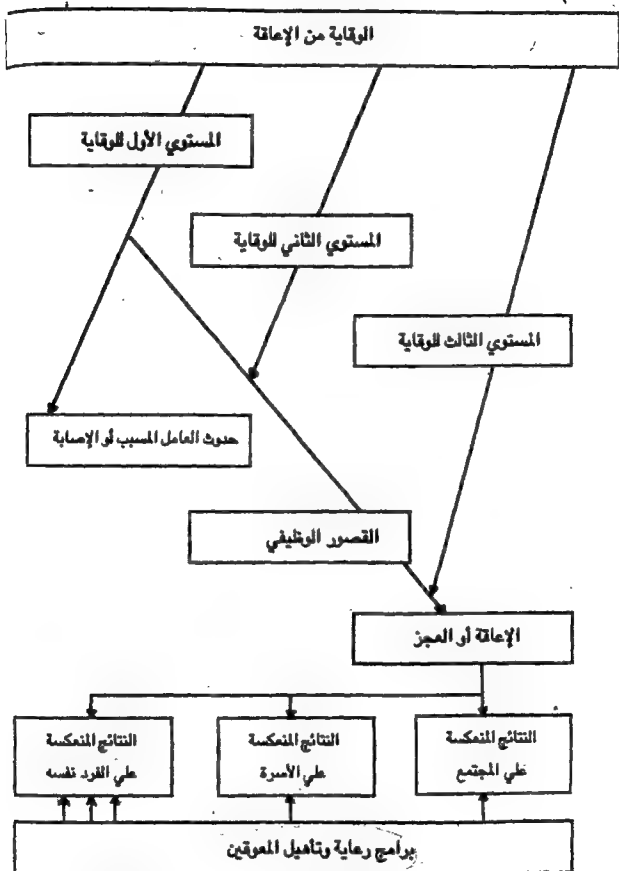
ج - توفير العلاج النفسي والإجتماعي في كافة المؤسسات العلاجية والإجتماعية ومواقف العمل والإنتاج .

د - إستخدام وسائل الإعلام لتوعية الجمهور ، وزيادة معدلات الوعي الإجتماعي والصحي .

حقيقة ، أن تلك الإجراءات تعد من أهم الإجراءات اللازمة ، التي يجب إتخاذها للحد من الإعاقة ، ومنع زيادة معدلاتها . وهذا ما تؤكد عليه الكثير من المؤسسات والتنظيمات العالمية ، والتي تهتم بمشكلة الصحة العامة والمعوقين . وربما يعكس لنا ، الشكل التالي لأهم مستويات وعملية الإجراءات الوقائية للحد من تأثير الإعاقة ، والتي اقترحتها منظمة الصحة العالمية World Health Organization ، وكيف يعمل كل من المستويين الأول والثاني ، لمنع حدوث العوامل المسببة للإصابة أو الإعاقة ، والقصور الوظيفي للمعوقين . أما المستوى الثالث ، فهو يشير إلى عمليات وبرامج التأهيل ورعاية المرضى والمصابين ، ومدى إنعكاسات هذه البرامج علي كل من المجتمع والأسرة والمعايق ذاته .

 المستوى الثالث ، ويشير هذا المستوى الأخير ، لأهمية إتخاذ الإجراءات اللازمة ، وخاصة التنفيذية منها لوضع برامج التأهيل الطبي والتعليمي والإجتماعي والمهني والنفسي ، للتخفيف من الآثار السلبية ، والتي تؤدي إلى إضطرابات متعددة ، وخاصة حالات سوء التوافق والتكيف للفرد المعاق وأسرتة . كما تشمل تلك الإجراءات أيضاً ، كيفية دمج المعاق إقتصادياً وإجتماعياً وبيئياً في المجتمع ، وتحقيق أكبر قدر ممكن من الإستقلال الإقتصادي ، والإختبار المهني السليم ، لمجالات العمل ، بما يتوافق ذلك مع قدرات وإمكانات المعاق ودرجات إستعدادة وميوله .

إجراءات الوقاية والحد من تأثير الإعاقة



المصدر : منظمة الصحة العالمية : وثيقة رقم A29/INF.Doc/1.P.14

المرجع : عثمان لييب فراج ، مرجع سابق ، ص ٣١ .

علاوة على ذلك ، يجب أن تتضمن تلك الإجراءات عمليات التشغيل والمتابعة للمعاقين ، بعد عملية تدريبهم وإعدادهم ، والحرص على توفير الوظائف الملائمة لهم ، وخاصة سن التشريعات الخاصة بالعمل لهم . كما يجب أن تهتم هذه الإجراءات ، بعملية زيادة الوعي الاجتماعي في المجتمع نحو المعاقين وأسرههم ، وضرورة توفير الحقوق الأساسية لهم .

ومن هذا المنطلق ، أن عمليات الوقاية والحد من الإعاقة ، تعتبر من العمليات الضرورية اللازمة للحيلولة من تفاقم هذه المشكلة ونتائجها السلبية المتعددة . وهذا بالفعل مايفسر أسباب غموض " مفهوم الإعاقة " ، وخاصة عند الفئات التي لاتدرك واقع مشكلة المعوقين ، نظراً لعدم وجود الوعي الاجتماعي اللازم . ومن ثم ، يجب العمل على تفسير هذا الوعي ، وتغيير نسق القيم والاتجاهات والأيديولوجيات العامة عند الأسوياء ، لتقديم سبل الرعاية الاجتماعية والإنسانية للفئات غير القادرة والمعاقة في المجتمع . وعلى أية حال ، أن المستوى الثالث من مستويات الحد من الإعاقة ، يعد من أهم المستويات التي تتركز حول عمليات التأهيل الشامل للمعوقين وهذا هو موضع إهتمامنا حالياً .

٣ - عمليات تأهيل المعوقين :

كشفت مفهوم " التأهيل " عن الكثير من المعاني التي توضح العديد من الجوانب التي تتضمنها عملية التأهيل ذاتها . فالتأهيل يعني إعادة التكيف ، والمواسة ، والتعليم ، والتدريب والتوجيه . كما يشير إلى عدة أنواع منها ، التأهيل الطبي ، والتربوي والتطبيقي ، والاجتماعي ، والنفسي ، والذهني وغير ذلك من جوانب أخرى تتكامل في عملية التأهيل . حقيقة على ذلك ، أن " التأهيل " لايمكن أن يقتصر فقط على إعداد وتدريب المعوقين ، بل لابد وأن يشمل عمليات إعداد وتدريب الكوادر الفنية والإدارية المتخصصة ، التي تقوم بتقديم أنواع الرعاية المختلفة في مؤسسات المعوقين بكافة أنواعها . ومن هذا المنطلق ، فإننا نتصور أن " عملية التأهيل " تعد في

حد ذاتها إستراتيجية قومية شاملة ، تهدف إلى إنجاز وتحقيق العديد من الأهداف والغايات الفردية والإجتماعية . كما يتطلب ذلك أيضاً ، الكثير من الوسائل والأساليب الإجرائية التي تضعها موضع التنفيذ ، وتخدم فئة المعوقين وأسره في المجتمع .

وفي حقيقة الأمر ، أن عمليات " التأهيل " تعتبر إحدى الحقوق الأساسية التي يجب توفيرها للمعوقين ، ولقد اتخذ أول خطواتها الإيجابية في الإعلان عن تلك الحقوق ، وذلك عن طريق المنظمات الدولية العالمية ، مع أواخر عام ١٩٧٥ ، حيث أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة مجموعة أساسية لحقوق المعوقين ومن أهمها (١) :

١- أن الجمعية العامة ، إذ تترك تمسك الأعضاء بميثاق الأمم المتحدة والتزامها بالتعاون مع المنظمة مجتمعة أو منفردة ، لإيجاد ظروف حياة أفضل والقضاء على البطالة ، والعمل على خلق الظروف الملائمة للتقدم الإجتماعي والإقتصادي والتنموي ، وتؤكد من جديد إيمانها بحقوق الإنسان وحرياته الأساسية كجزء من العدالة الإجتماعية .

٢- ضرورة التمسك بمبادئ الإعلان الدولي لحقوق الإنسان ، وإعلان حقوق الطفل ، وإعلان حقوق المتخلفين عقلياً . وأيضاً التمسك بالأسس التي يقوم عليها التقدم الإجتماعي ، والتي أقرتها التوصيات والمؤتمرات والتمتعات الدولية مثل ، منظمة العمل الدولية ، واليونسكو ، واليونسيف ، ومنظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات الأخرى .

٣- ضرورة العمل على إتخاذ الأساليب الخاصة بالحد من الإعاقة ، وإعادة تأهيل المعوقين ، وذلك وفقاً لقرارات المجلس الإقتصادي والإجتماعي في عام ١٩٧٥ .

٤- التأكيد على أهمية التقدم الاجتماعي والتموي الذي يتضمن حماية حقوق المعوقين جسدياً وعقلياً ، وضرورة رعايتهم وإعادة تأهيلهم لتطوير قدراتهم بمختلف الوسائل والطرق لإعادة تكيفهم للحياة العادية .

وبالإضافة إلى ، مجموعة الحقوق السياسية والمدنية المختلفة التي شملت قرارات المنظمة العالمية ومؤسساتها المختلفة ، توجد مجموعة أخرى من الحقوق التي تتركز حول عملية التأهيل ومن أهمها :

٥- للمعوقين الحق في العناية الطبية والنفسية والعلاجية ، كذلك ضرورة إعادة تأهيلهم طبياً وعلاجياً وتعليمياً وتدريبهم وإرشادهم وتشغيلهم ، وتطوير قدراتهم والإسراع بعملية دمجهم في المجتمع والحياة العادية .

٦- للمعوقين الحق في الضمان الاجتماعي والاقتصادي ، وتأمين مستوى حياتهم بصورة أفضل ، وذلك حسب قدراتهم مع ضرورة توفير العمل اللائق الذي يناسب هذه القدرات .

وإنطلاقاً من التوجيهات العالمية ، نحو رعاية حقوق المعوقين منذ منتصف السبعينات ، وتم تتويج ذلك باعتبار عام (١٩٨١) عاماً دولياً للمعوقين ، نتيجة لتوصيات مؤتمر خبراء التربية الخاصة باليونيسكو في أكتوبر ١٩٧٩ . وعلى أية حال، سوف نسعي جالياً ، لتقديم بعض مجالات وعمليات وخطوات التأهيل والخاصة بالمعوقين بوجه عام ، وذلك بصورة موجزة على النحو التالي :

٧- التأهيل النفسي Psychological habilitation تتركز عمليات هذا النوع من التأهيل على تحقيق درجة من الاستقرار النفسي ، وذلك عن طريق دراسة حالات الإعاقة ، وقياس مستويات الذكاء والقدرات العقلية الخاصة ، ودرجة الإستعدادات المهنية وطبيعة المعوقات الجسمية أو الفيزيائية ، وحالات سوء التوافق أو المرض النفسي، والإحتراقات السلوكية ، ومدى إرتباطها بتوعية الإعاقة والمعوق ،

وانعكاساتها علي كل من أفراد الأسرة والمجتمع المحلي ، الذين يتعاملون بصورة مباشرة مع المعوق .

كما يتم عن طريق التأهيل النفسي ، رسم برامج مناسبة لكل الفئات المعاقة سواء أكانت جسمانية (سمعية - بصرية) أم عقلية وغيرها ، وتقديم الإجراءات العلاجية والوقائية اللازمة لإعادة التوازن ، وتحقيق التوافق النفسي والإجتماعي ، ومعالجة السلوك الشاذ ، ومتابعة ظواهر وحالات سوء التوافق بصورة عامة (١٠) .

ولقد ساهم حديثاً ، تقدم الطب والعلاج النفسي ، في دراسة حالات التوتر الإنفعالي والنفسي عند المعاقين ، وإدراك حالات التقصير والفشل للتركيز عليها أثناء عمليات العلاج ، ورفع الروح المعنوية والإحساس بالثقة ، وتنمية الشعور بالمسؤولية ، والبعد عن العزلة الإجتماعية ، والعنوان والتعبير عن المشاعر النفسية المكبوتة في إطارها الإجتماعي .

ومن أهم وسائل التأهيل النفسي ، العلاج الجماعي الذي يستخدم أساليب التمثيل واللهاجا النفسية أو السيكوندrama ، أو التعبير عن النشاط الحر وغيرها ، من الأساليب الأخرى التي لاقت نجاحاً ملحوظاً في مجال رعاية المعوقين .

➔ (٢) - التأهيل الطبي والطبيعي Physio - Therapy & Medical habilitation . حقيقة أن التأهيل الطبي ، يشمل الكثير من جوانب التأهيل السابقة (النفسية) ، ولكن يقصد بعمليات التأهيل الطبي ، استخدام العمليات الجراحية ، والعلاج الطبيعي الذي يحد من درجات الإصابات أو العجز أو الإعاقة ، حتي يستطيع الفرد المعاق أن يتحمل كثيراً من المسؤولية في حياته اليومية ، مما يسهم ذلك في تخفيف الظروف النفسية ، التي يعاني منها وأسرته أيضاً . وفي الواقع ، تتعدد عمليات ومراحل التأهيل الطبي أو الطبيعي ، وتتضمن عدة جوانب أو مراحل منها :

أولاً تقرير حالات الإعاقة أو العجز ودرجة احتمالات الشفاء أو مدة تزامنها مع المعاق .

ثانياً : توضيح أهم الاحتياجات الطبية العلاجية التي يحتاجها المريض
بذلك حسب نوعية الإعاقة ، ومدى تحملها لها .

ثالثاً : تقدير العلاج التعويضي ، الذي يشمل الأجهزة التعويضية المساعدة
للمعاق ، مثل مصابو الحوادث ، أو فاقسو الأطراف وغيرهم .

علاوة على ذلك ، يشمل التأهيل الطبي أو الطبيعي تقديم النصائح والإرشاد
اللازم ليس فقط للمعاق ، بل أيضاً إلى أفراد أسرته ، حتى تسهم في عمليات
التأهيل الطبي ، ولهذه العملية آثار إيجابية هامة ، لكل من المريض والأسرة ، كما
أنها تلعب دوراً فعالاً في تحقيق عمليات وأهداف التأهيل الشاملة .

٣- التأهيل التربوي Educational habilitation . يشير هذا النوع من
التأهيل ، إلى تحديد المستوى التعليمي لدى المعاقين ، ونوعية القدرات العقلية لديهم ،
والتي على ضوءها يتم وضع البرامج التربوية والتعليمية الخاصة أو ما يطلق عليها
بـ **التربية الخاصة Special Education** ، وتشمل تقديم المعاقين بالمهارات
الأكاديمية الأساسية ، والثقافة الصحية ، والدينية ، والتربية الرياضية والترفيهية
وشغل وقت الفراغ ، وتنمية المهارات والهوايات المثمرة .

وفي الواقع ، شهدت السنوات الأخيرة ، تزايداً ملحوظاً تقوم به منظمة
اليونسكو في مجال التربية الخاصة ، وكان من أهم هذه الفعاليات مؤتمر باريس عام
١٩٨٨ ، والذي ركز على ضرورة عمليات التخطيط للتربية الخاصة في النصف الأول
من التسعينات . وفي حقيقة الأمر ، أن مكونات التربية الخاصة تتداخل مع العديد
من النظم والخدمات الأخرى وهذا ما يؤكد عملية خبراء التربية الخاصة حيث
يتصورون مايلي (١١) :

أولاً : تعتبر التربية الخاصة في أبسط صورها نظام من الخدمات ، يسهم
في توفير التعليم وتحسين طرقه وأساليبه ، بحيث يعمل على تجنب والتقليل من آثار

الإعاقة، ومشكلات المعوقين المتعلقة بالنمو الاجتماعي والثقافي .

ثانياً : ترتبط التربية الخاصة بأشكال أخرى من التعليم ، وخاصة علوم التربية والنفس والنمو الإنساني والاجتماعي ككل ، وتهدف توفير مكانة علمية ومهنية للمعوقين .

ثالثاً : يجب أن تقوم بعملية التربية الخاصة كل من المدارس العادية ، ومراكز التدريب المهني ، ومعاهد التعليم المتوسط ، وأيضاً المؤسسات الجامعية العليا . كما يجب أن يشارك فيها المنظمات والجمعيات الحكومية والأهلية .

رابعاً : أن من أهم أهداف التأهيل التربوي عن طريق التربية الخاصة ، هو تحديث أساليب تربوية جديدة تعمل علي زيادة معدلات الإدماج للمعاقين في المؤسسات التعليمية والمهنية ، كعامل أساسي نمو عملية دمج المعوقين في المجتمع وعمليات التنمية .

ويشير في هذا الصدد أحد رواد علم النفس الاجتماعي في مجال رعاية المعوقين وهو جاك تيزارد J. Tizard . (١٢) ، إلى أهمية التربية الخاصة ، واعتبارها من أهم الحقوق الأساسية ، التي يجب توفيرها للمعوقين ، وخاصة الأطفال أو من هم في مراحل التعليم المختلفة . ويركز علي ضرورة تقييم برامج ومجهودات التربية الخاصة ، وتطويرها بصورة مستمرة ، حتي تقي بتحقيق الأغراض والأهداف العامة، التي وضعت من أجلها . وقد تظهر بعض المشاكل المرتبطة بعملية التربية الخاصة ، وتقييمها علي وجه الخصوص في ضوء عاملين أساسيين هما : أولاً : نوعية الصعاب المتعلقة بطبيعة تقديم خدمات التربية الخاصة ، والتي تختلف حسب البرامج التربوية المعدة لذلك الغرض . ثانياً : الاختلافات النوعية التي تتميز بها وسائل التأهيل التربوي ، وعملية إعداد القائمين ، علي توفيرها أو تقديمها للمعاقين، من ذوي الفئات العمرية الصغيرة .

ومن هذا المنطلق ، يقترح (جاك تيزارد) أربعة قضايا ومشاكل أساسية ، لابد من مراعاتها عند تقديم التربية الخاصة وهي :

١- تحليل الحالات المعرفية الخاصة بنوعية الإعاقات الموجودة .

٢- تقييم خدمات التربية الخاصة .

٣- تحديد نوعية وأماكن تقديم خدمات ونماذج الرعاية وكيفية توصيلها للمعاقين وحثهم علي التغيير وفهم الخدمات والبرامج .

٤- إمكانية استخدام التجارب الشاملة أو محاولات التقييم المستمرة للبرامج .

٥- التأهيل الإجتماعي Social habilitation . يتضمن هذا النوع من التأهيل ، بحث الطرق والأساليب اللازمة ، التي تجعل من المعاق وسلوكه مقبولاً إجتماعياً ، ومندمجاً في علاقات إجتماعية عادية أو شبه عادية مع الآخرين وخاصة أسرته والمقربون لديه . وبالطبع ، أن التأهيل الإجتماعي لا يمكن تجزئته عن عمليات وخطوات التأهيل الأولي . التنشئة والتربوية والعلاجية وأيضاً المهنية ، لأن عمليات التأهيل سلسلة مترابطة الحلقات .

وهناك العديد من الإجراءات ، التي يمكن إقترحها لتسهم في عمليات التأهيل الإجتماعي ، وهي تعديل كليات الأخصائي الإجتماعي والقائمين علي مؤسسات الرعاية الإجتماعية لكل من المعاق وأسرته ، والعمل علي حثهما في الإنخراط في الحياة الإجتماعية العادية ، والبعد عن العزلة الإجتماعية ، التي قد تفرضها ظروف الإعاقة في مراحلها المختلفة . ومن ثم ، تسهم عملية التأهيل الإجتماعي في المحاولة لدمج المعاق وأسرته والتكيف الإجتماعي المستمر مع الإعاقة . الأمر الذي ينتج عنه سلوكيات إيجابية وإجتماعية وخاصة للمعاق .

والواقع ، أن عملية التأهيل الإجتماعي ، لا يمكن أن تقتصر على المعاق وأسرتهم ، بقدر ما تتطلب أيضاً العديد من الضروريات الأساسية ، التي يجب إتخاذها من قبل المجتمع وذلك عن طريق تغيير نسق القيم والمعتقدات والأيدولوجيات العامة نحو المعاقين والإعاقة . وهذا ما يعرف بعملية تغيير الإتجاهات المجتمعية ، والتي تعتبر مطلباً أساسياً في عمليات التأهيل الإجتماعي . وفي حقيقة الأمر ، هناك الكثير من المؤسسات والتنظيمات الإجتماعية ، التي قد تساهم في ذلك بجانب مؤسسات الرعاية الإجتماعية التقليدية ، ومنها المدارس ، ودور العبادة ، ووسائل الإعلام والإتصال المختلفة في المجتمع ، وبالطبع سوف يكون لها دور فعال في تغيير نسق القيم والمعتقدات والإتجاهات المجتمعية تجاه المعاقين والإعاقة .

علاوة على ذلك ، يجب أن تسهم السياسات الإجتماعية في الإعداد والتخطيط المستقبلي لعمليات التأهيل الإجتماعي ، باعتبارها من العمليات ، التي تؤدي إلى النتيجة الشاملة ودمج نسبة كبيرة من الفئات الإجتماعية ، والتي تقدر بحوالي ١٠٪ وذلك حسب التقديرات العالية ، ولكنها تزداد بالطبع في مجتمعات العالم النامي . نصيف إلى تلك النسبة أيضاً ، أسر المعاقين ذاتهم ، فيجب العمل على تخفيف الآثار النفسية والإجتماعية التي يعانون منها ، وبعد ذلك جزءاً أساسياً من عناصر التكامل والتضامن الإجتماعي ، وزيادة روح الولاء والانتماء ، وخلق عناصر جديدة ، تساهم في تحديث الوعي الإجتماعي . وعلى أية حال ، أن للبحث العلمي أهمية وضرورة أساسية في دراسة عملية التأهيل الإجتماعي ، وخاصة دراسة سبل تغيير القيم والإتجاهات والمعتقدات الخاصة نحو الإعاقات ، ودراسة الظروف المتغيرة لدورة الحياة الأسرية Family life cycle وخاصة للمعوقين وهذا ما أشرنا إليه قبل ذلك .

٥ - التأهيل المهني Vocational habilitation . يعد هذا النوع من أهم أنواع التأهيل المختلفة ، نظراً لأنه يشمل العديد من أنماط التأهيل الأخرى ، ويركز على تحقيق أهداف هامة لها نتائج إيجابية على كل من المعوقين وأسرتهم والمجتمع .

ويشير مفهوم التأهيل المهني ، إلى مجموعة من العمليات والأنشطة المختلفة ، التي يتضمنها برنامج متكامل من الخدمات الفنية والمهنية ، وتسمى للكشف عن القدرات والميول والإستعدادات النفسية والعقلية والجسمانية لدى المعوقين . والعمل علي توجيه هذه القدرات في إختيار وإعداد مهن تلائم نوعية إعاقاتهم ، ويستفاد منها في تحقيق عائد مادي ونسوع من الإستقلال الإقتصادي ، الذي يسهم في عمليات الإشباع النفسي والإجتماعي ، وإعادة إدماج المعاق في المجتمع وإعتباره عضواً مشاركاً فيه .

ومن ثم توجد لعملية التأهيل المهني للمعوقين عدة مبادئ أساسية يشكل علي ضوئها طبيعة عمليات وخطوات التأهيل ذاته ، ومن أهم هذه المبادئ بإيجاز : (١٣)

أولاً : دراسة أبعاد شخصية المعاق من ناحية صفاته العقلية والنفسية ، ويشمل ذلك مستويات الذكاء والمواهب ، والحالات الإنفعالية ، وأيضاً الخصائص البدنية والجسمانية ، والميول ، والخبرات .

ثانياً : التعرف علي طبيعة القدرات وتوظيفها ، أولاً حسب نوعية الإعاقة التي من طريقها تتم عمليات التدريب والتعليم والكشف عن الميول المساعدة .

ثالثاً : ضرورة تحديد عمليات التوجيه المهني ، حسب طبيعة القدرات التي يتمتع بها المعاق وليس حسب العاهات .

رابعاً : العمل علي جراحة فرص العمل مع البيئة التي يعيش فيها المعاق ونوعية المهن المتوافرة ، حتي يتحقق أهداف التأهيل المهني وعملياته المختلفة من التدريب وإختيار المهن المستقبلية .

وتتكون عملية التأهيل المهني من ثلاث مراحل رئيسية وهي :

أولاً : التوجيه المهني Vocational Guidance ، وتهدف هذه العملية إلى مساعدة المعاقين للوصول إلى قرارات سليمة تتعلق بطبيعة المهن التي يجب أن يمتثلونها ، ويتم ذلك عن طريق أخصائيي التوجيه المهني ، والكشف عن القدرات والسمات الشخصية ، التي يجب إستغلالها بأقصى درجة ممكنة وتوظيفها في مجال مهني محدد .

وفي الواقع ، أن عملية التوجيه المهني ، ترتبط بالإرشاد النفسي ، ولقد أسهم في ذلك تقدم الطب النفسي وفروعه المختلفة سواء في مجالات الحياة الأسرية ، والحياة الإجتماعية والدينية ، والإرشاد التعليمي ، والإرشاد المهني . ومن ثم ، يرتبط الإرشاد النفسي بعملية التوجيه المهني ، حيث يعتبر ذلك إحدى الوسائل ، التي تساعد المعاق للإستفادة من مصادر عملية التأهيل ، وتنمية الخبرات لتحقيق أكبر عائد من الإمكانيات والخدمات الموجودة ، والتي يجب توظيفها في إختيار المهن المناسبة .

ويضيف في هذا الصدد أيضاً ، رائد التأهيل النفسي للمعوقين كينث هاملتون^(١٤) K. Hamilton أن هناك العديد من الأسس التي يقوم عليها الإرشاد النفسي ، والتي تلخص في فهم السلوك الفردي ، وتوجيه الإرشاد لفهم الإدراك والقدرات العقلية ، ويجب إحترام رغبات الفرد ، كما توجد بعض حدود للإرشاد النفسي في عملية التأهيل ، وخاصة القصور في النواحي التشخيصية ، ومشكلات التكيف والتوافق والنجاح والفشل ، والقدرات والخدمات المتاحة في المجتمع ، وإختلاف فرص التدريب والتشغيل ، والفروق الفردية وغيرها .

ثانياً : التدريب المهني Vocational Tranning تتحدد عملية التدريب المهني ضمن الخطة العامة للتأهيل المهني ، والتي يحتم علي ضوئها معرفة ماهية وأنواع البرامج التدريبية التي يجب أن يأخذها المعاق ، بما يتلائم مع القدرات والخبرات التي لديه ، والعمل علي توظيفها لإختيار العمل أو المهنة المناسبة في المستقبل .

ويرتبط التدريب المهني بالعملية التعليمية والأكاديمية الأخرى ، فكثيراً من المدارس والمعاهد الفنية ، التي تهتم بعملية التأهيل المهني لا تقتصر أنشطتها علي تقديم دورات تدريب مهنية سريعة . بقدر ماتهدف إلي إعداد وتأهيل الأفراد المتحقين بها علي مستوي مهني وفني مناسب ، حتي يساعد ذلك في عمليات إختيار المهن في سوق العمل الخارجي ، أو مواصلة النشاط المهني داخل الأقسام المهنية الخاصة ، بمراكز التدريب المهني مثل الورش المحمية التي تخصص لفئات المعاقين وغيرهم .

ثالثاً : التشغيل Employment ، أن عملية التأهيل المهني لا يقتصر دورها علي كل من التوجيه والتدريب المهني ، بقدر ماتهدف هذه العملية إلي ضرورة توفير وظائف عمل مناسبة للمعوقين في سوق العمل المحلي ، وهذا بالطبع ، يفسر المقصود بعملية التأهيل المهني ذاتها ، ومن ثم ، يقصد بالتشغيل ، تمكن الفرد المعاق من الحصول علي عمل معين ، يعود عليه بنخل مناسب . فهي عملية هامة تبرز القيمة الإجتماعية لفئات المعوقين بعد تأهيلهم ، كما تحقق الذات الفردية لهم في نفس الوقت . وهكذا ، فنجد أن تحقيق أهداف التشغيل يعتبر معياراً لقياس القيمة الإجتماعية للخدمات التي يكتظها المجتمع للمعاقين . والتي تظهر نجاح عملية التأهيل بصفة عامة ، عن طريق عملية التشغيل وتحقيق أهداف التأهيل سواء بالنسبة للمعاق والمجتمع . علاوة علي ذلك ، أن عملية التأهيل لا يمكن أن تقتصر علي عمليات التأهيل الطبي والنفسي أو العلاجي فقط ، بقدر ماتمكن في قيمة العمل وأبعاده الإجتماعية والإقتصادية ، فالعمل يعد علاجاً شاملاً للفرد المعاق . من ناحية أخرى ، ترتبط عملية التشغيل بمدى توافر فرص العمل سواء في سوق العمل المحلي ، أو في الورش المحمية Sheltered workshops أو الأعمال المنزلية أو الفردية الخاصة ، التي يقوم المعاقون بها في مؤسسات الرعاية الإجتماعية .

رابعاً : المتابعة Follow up . وتعتبر هذه العملية آخر خطوات التأهيل المهني، وترتبط كلية بعملية التشغيل وتعد أحد المقاييس العامة ، التي يمكن

الإسترشاد بها في التعرف علي مدى تحقيق أهداف عملية التأهيل المهني ككل .
ويقصد بعملية المتابعة ، مدى الإشباع النفسي والمهني والإجتماعي ، الذي حققه
المعاق في مهنته الجديدة . وبالطبع ، إن تلك العمليات من الصعب تحقيقها كلية ،
وخاصة في المجتمعات النامية ، نظراً لكثير من المشاكل والصعاب التي تواجه
مؤسسات رعاية المعوقين بها . وربما تعتبر عملية المتابعة ، ذات أهمية إيجابية
للكشف عن المشاكل والآثار والنتائج ، التي حققتها عمليات التأهيل ، والتي غالباً
لا تتحقق في الواقع ، في معظم الدول النامية ، نظراً لإعتبارات متعددة ، ترجع
أساساً إلي سياسات تشغيل المعوقين ، ومدى جدية تنفيذ قوانين العمل وتشريعاته
في هذه المجتمعات وهذا ما سوف نشير إليه لاحقاً في ضوء نتائج الدراسة
الميدانية .

وعلي أية حال ، يمكن وصف المتابعة كإحدى الخطوات الأساسية ، التي
تتكون منها عملية التأهيل المهني للمعوقين ، ويمقتضاها يجب أن تقوم المؤسسة عند
الإنهاء من تأهيل المعاق بمراجعة ظروفه وأحواله العامة ، حتي تتأكد من مدى تحقيق
نجاح وإنجاز عملية التأهيل . وعموماً ، تبدأ هذه العملية مباشرة بعد نهاية مرحلة
العمل أو التشغيل وإنهاء الخدمات الأخرى المصاحبة لها . كما أن هناك جوانب
أخرى ذات أهمية تعتبر من أهم أهداف عملية المتابعة ، ومنها التأثير علي العلاقة
المستمرة بين المؤسسة وخريجيه من المعوقين ، كما تؤكد لأصحاب العمل أو مديري
المؤسسات التي يعمل بها الخريجون ، أن المؤسسة حريصة علي مصالحهم وتسعي
للمتابعة أنشطتها ، حتي بعد إنتهاء مراحل التعليم والتدريب الأساسية .

ويقترح (ك . هاملتون) ، بعض الإجراءات التي يجب مراعاتها ، حتي يتم
تحقيق أهداف المتابعة وعملية التأهيل المهني التي قدمت بالفعل للمعاقين وهي ^(١٥) :

١ - التأكد من التوافق المهني للمعاق كما كان متوقفاً له مسبقاً حسب خطة
التأهيل التي وضعت من أجله .

٢ - دراسة العلاقة بين طبيعة العمل الجديدة ونوعية القدرات البدنية والعقلية التي يتمتع بها المعاق .

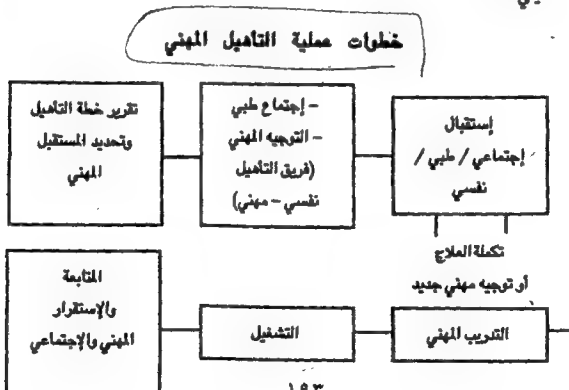
٣ - إستمرارية مواصلة خطة العلاج والتحاليل الطبية الدورية اللازمة ، والتي تتطلبها حالة المعاق ، وأيضاً نوعية التغذية والإعانات الإجتماعية .

٤ - ضرورة معرفة نتائج عمليات الخدمة الإجتماعية والإرشاد النفسي والمهني ، التي تمت أثناء عملية التشغيل ، وخلال مرحلة المتابعة .

٥ - في حالة عدم تقبل المعاق للمهنة الجديدة ، يجب أن تتخذ الخطوات التالية لتصحيح المسار المهني مرة أخرى .

٦ - يجب أن تعمل مؤسسات التأهيل المهني علي تحقيق مايعرف بالتوافق المهني ، لكل من المعاقين وأصحاب العمل خاصة الذين لم يكن لديهم خبرة مهنية في مجال أعمالهم .

وعموماً ، تتلخص عملية التأهيل المهني في مجموعة الخطوات السابقة التي تبدأ بعملية التوجيه المهني حتي التشغيل والمتابعة ، ويمكن عرض هذه الخطوات كمايلي (١٦) :



ويعكس هذا التصور ، مدى ترابط عمليات التأهيل المهني ، بداية بالتحاق الأفراد المراد تأهيلهم بمؤسسات أو مراكز التأهيل ، ثم توجيههم مهنيًا ، ووضع الخطط اللازمة لعمليات التأهيل وإختيار المستقبل المهني . وخلال تلك المرحلة ، يتم معرفة حالة المعوق ، حيث يوجد احتمالان هما : إستكمال التدريب المهني ، أو إعادة توجيه المعاق وتكملة العلاج اللازم للتأهيل والتدريب علي المهن الجديدة ، ثم بعد ذلك تتم عملية التشغيل والمتابعة .

وهي حقيقة الأمر ، توجد وسيلتان يتم عن طريقهما تنفيذ عملية التأهيل المهني :

الأولي : مكاتب التأهيل ، وهي أبسط الوسائل لتنفيذ عمليات التأهيل الإجتماعي والمهني ، وتتسم بطابع قلة التكاليف الإقتصادية ، وقلة عدد العاملين وتخصصاتهم المهنية والفنية . فهي مجرد عيادات طبية ومهنية في نفس الوقت ، ولكن لها قيمة هامة في مجال رعاية المعوقين .

الثانية : مراكز التأهيل . وهي أكثر الوسائل لتنفيذ عمليات التأهيل المهني الشامل للمعاقين ، ونظراً لأهميتها سوف نعالجها حالياً .

(٤) مؤسسات ومراكز التأهيل :-

توضح عملية تأهيل المعوقين طبيعة الخطوات والأنواع المختلفة لهذه العملية، حيث تشمل التأهيل الطبي ، والنفسي ، والإجتماعي ، والمهني . كما يتضمن كل نوع من هذه الأنواع مجموعة من الإجراءات والخطوات التي يجب توافرها وإتباعها، لتحقيق أهداف عملية التأهيل ككل . وفي الواقع ، إن عمليات التأهيل ، لا تتم إلا في إطار توافر مجموعة من المؤسسات والمراكز التأهيلية المتخصصة مثل المستشفيات والمدارس الخاصة ، ومركز التأهيل المهني وورش العمل المحمية وغيرها .

وفي إطار تحليلنا لثراث مشكلة المعوقين ، نجد أن إتهامات البحث العلمي من جانب المهتمين لم تعط إهتماماً ملحوظاً بهذه القضية ، ولاسيما التنظيمات والمؤسسات ، التي تقوم برعاية المعوقين وذلك بالمقارنة بغيرها من المؤسسات المجتمعية الأخرى . وهذا يكشف لنا بوضوح ، عن قلة الإهتمامات العامة ، نحو تناول هذه القضية وخاصة في مجتمعات العالم الثالث ، وعدم إكتراث معظم سياساتها بطبيعة هذه الفئة (المعاقين) وحقوقهم الأساسية والمدنية في المجتمع الحديث . وبالرغم من ذلك ، نجد أن هناك بعض الإهتمامات ، التي ظهرت في السنوات الأخيرة، وركزت علي دراسة مشكلة المعوقين ومؤسساتهم المتنوعة ، ويتبلور جزء من هذه الإهتمامات ، في إتجاه علماء الإجتماع والسياسة والخدمة الإجتماعية نحو دراسة مراكز ومستشفيات تأهيل المعوقين ، وخاصة بعد أن ظهرت في الأفق ملامح التخصص العلمي الجديد ، لبعض فروع علم الإجتماع . وبالأخص علم الإجتماع التنظيمي والطبي علي سبيل المثال .

وربما نجد جنود هذه الإهتمامات ترجع إلي تطلع بعض علماء الإجتماع التنظيمي بدراسة المستشفيات ، وتحليل أنماط العلاج بها . وتعتبر دراسة ريتشارد بروو (١٧) R. Perrow أولي تلك الدراسات ، التي ركزت علي تحليل مستشفى للأمراض العقلية ، والتعرف علي طبيعة العلاج الذي يقدم للمعوقين ، وماهي نوعية الحياة التنظيمية التي توجد في المستشفى وتأثيرها علي عمليات الإستشفاء والتأهيل بصفة عامة . كما سمي مجموعة من علماء الإجتماع الطبي مثل وايم كوكرهام (١٨) W. Cockrham وغيره بدراسة المستشفيات التخصصية ومقارنة نوعية الخدمات بها عن المستشفيات العامة ، وجاءت نسبة كبيرة من هذه المستشفيات التي تعالج المعوقين مثل المعاقين عقلياً ، أو أصحاب الأمراض المزمنة Chronic diseases وغيرها . كما اهتمت بالفعل مجموعة أخرى من الدراسات والتي اعتبرت المستشفى من المؤسسات أو التنظيمات المتعددة الأغراض Multipurposes

Institutions . لأنها لا تقدم الخدمات الطبية العادية ، ولكن التأهيلية المتعددة ، مثل الطب الطبيعي وغيرها من الخدمات الإستثنائية للمعوقين .

وترجع عملية الإهتمام بدراسة مؤسسات ومراكز التأهيل للمعوقين ، كرد فعل إيجابية لبعض الإهتمامات والمداخل النظرية لسياسات الرعاية الإجتماعية ، وإعتبارها كقضية أساسية من قضايا وموضوعات علم الإجتماع الحديث . وهذا ما اتضح بالفعل في تحليلات أحد هذه المداخل ، أو ما يطلق عليه "بمنظور التصنيع والعتمية التكنولوجية" (١٩) ، الذي جعل من "النظرية المركزية" محوراً له ، وأكد على أهمية التحديث والتغيير في المجتمع الصناعي ، عن طريق تطوير مؤسسات وتنظيماته المختلفة حتي يتجارب مع طبيعة مشكلات العصر ، وخاصة مؤسسات الرعاية الإجتماعية المختلفة .

وعلى أية حال ، سوف نركز حالياً على دراسة مؤسسات ومراكز التأهيل للمعوقين المختلفة ، مثل المستشفيات المتخصصة ، والمدارس الخاصة ، ومراكز التأهيل والتدريب الصناعي والمهني ، وغيرها ، وذلك للتعرف على طبيعة إهتمامات هذه المراكز ، ونوعية الخدمات التي تقدمها للمعوقين ، وماهي نوعية الكفاءات الإدارية والمهنية ، التي تتطلبها عمليات التأهيل من العاملين في هذه المؤسسات والمراكز ٩ ، وإلى أي حد يمكن الإسهام في تطويرها لزيادة الفاعلية والكفاءة ، وتحقيق الأهداف العامة لعمليات التأهيل وسياسات الرعاية المختلفة للمعوقين . علاوة على ذلك ، إننا نهدف أيضاً ، لدراسة وتقييم بعض مؤسسات ومراكز التأهيل ، وواقعية خدمات الرعاية الموجودة بالفعل ، وهذا ماسوف تكشف عنه نتائج الدراسة الميدانية لاحقاً .

١ - المستشفيات :

تعتبر المستشفيات من أكثر المؤسسات في المجتمع الحديث ، التي تتعامل مع

المعوقين ورعايتهم ، ولذا يعد التأهيل الطبي Medical habilitation من أهم أنواع التأهيل الذي يقدم للمرضى المعوقين . والمتتبع لتطور مفهوم التأهيل ذاته ، يعرف إلى أي حد تم تعديل مفهوم العجز أو المرض البدني ، إلى إصطلاح "التأهيل الطبي" ، الذي يشتمل أيضاً على خدمات الطب النفسي . كما ظهرت في السنوات الأخيرة ، إهتمامات ملحوظة من قبل المهتمين برعاية المعوقين ، وبضرورة تعديل هذا الإصطلاح "التأهيل الطبي" ، إلى "تأهيل الطب الطبيعي" . وبصورة موجزة ، تشتمل أنواع الرعاية أو التأهيل الطبي بالمستشفيات على الأنواع التالية (٢٠) :

١ - الخدمات الطبية (وخاصة الطب الطبيعي) .

٢ - الجراحة .

٣ - الطب النفسي .

٤ - الخدمات المساعدة ، وتشمل العلاج المهني ، والطبيعي ، والتدريب وخدمات النقاها والإستشفاء .

٥ - الأطراف الصناعية .

٦ - تحمل العمل ، والتدريب على الرعاية الذاتية والقدرة على الحركة .

ويحل كل من اشيسون Acheson ، وماجارد (٢١) Hagar ، أهمية التأهيل الطبي في المستشفيات ، حيث يقوم بهذه العملية ، مجموعة من الهيئات الطبية المتخصصة ، والتي تعمل على التنسيق بين خدمات التأهيل Co-ordinating habilitation services ، والتي تشمل العديد من مظاهر الخدمات الطبية ، بالإضافة إلى العلاج الطبيعي والمهني Gymnastics & Occupational Therapy . وقد توجه بعض أنواع من هذا العلاج ، نحو تقوية وظيفة عضوية أو بدنية واحدة ، أو ربما تتعدد أهدافها لتسهم في تعزيز القدرات النفسية والعقلية

والجسمانية معاً ، خاصة بعد حدوث الإصابة أو الإعاقة . وفي حقيقة الأمر ، أن هذا النمط من العلاج ، يكرس أساساً للوقاية من إصابات أو عاهات الحروب ، ولكنها ساهمت كثيراً في العلاج الطبي والتأهيل في الفترات السلمية . ولقد تطور الطب العلاجي حينئذ ، حيث أدخلت العمليات الجراحية كمجالاً واسعاً في علاج الحالات العقلية والعصبية ، التي تؤدي لكثير من حالات الإعاقة .

ومن هذا المنطلق ، يهدف التأهيل الطبي ، للإقلال من فترات الإصابات والأمراض الخطيرة ، والتي لها انعكاسات سلبية على حياة الفرد المعاق ، وعلاقاته بالمجتمع المحلي ، نتيجة لفقدان العمل والبطالة الإجبارية . وحالياً ، تقوم المستشفيات بإعادة التأهيل ، عن طريق تقديم خدمات تأهيلية طبية علاجية خاصة لكثير من حالات الإعاقة والمعوقين بغض النظر عن فئاتهم العمومية أو إختلافاتهم النوعية .

ومن ثم ، يرتبط التأهيل الطبي ، بعملية التأهيل الشاملة الذي تقدمه المستشفيات المتخصصة ، ولهذا السبب توجد بعض المبادئ العامة والأساسية التي يتم علي ضوئها تقديم الخدمات الطبية في هذه المؤسسات :

١ - ضرورة معرفة الإصابات التي أدت إلي تشكيل العاهة ، ومدى إمكانية علاجها يؤدي إلي التأهيل ومناسبة العمل والتشغيل .

٢ - معرفة طبيعة الإعاقة وتصنيفها حسب حالات التأهيل وبرامجها المختلفة .

٣ - إدراك الهيئة الطبية المعالجة للمعاق ومدى إمكانية الإستفادة من العلاج في أقصر فترة زمنية .

٤ - التأكد من عمليات التأهيل الطبي سوف تسهم في التخفيف من الآثار النفسية والعقلية والاجتماعية للمعاق .

٥ - ضرورة توفير بعض المساعدات المالية ، للحصول علي الخدمات الطبية وأحقية المعاق في الرعاية الصحية اللازمة .

وإنطلاقاً من هذه المبادئ الأساسية ، توجد مجموعة عامة تحدد أهداف التأهيل Habilitation Goals في المستشفيات وهي بإيجاز (٢٢) :

١ - التبليغ عن الحالات التي تسبب فيها الحوادث أو الأمراض أو الإصابات التي تؤدي إلي حدوث إعاقات للمريض .

٢ - توجيه كل من المريض وأسرته ، نحو فهم طبيعة الإعاقة أو العجز بصورة واقعية ، وماتطلبه عمليات التأهيل للإعاقة .

٣ - تحقيق الهدف الوظيفي للتأهيل ، وهو التأكد من تنمية طاقات وقدرات المريض أو المصاب وإستغلالها في مهنته القادمة .

٤ - ضرورة إستغلال أوقات الفراغ وإستغلاله بطريقة إيجابية لصالح المعاق ، وتنمية مهاراته المهنية وإشباع ميوله ورغباته .

٥ - العمل علي إستخدام أفضل الوسائل للإرشاد النفسي والتوجيه المهني للمعاق .

علاوة علي ذلك ، أن تحقيق أهداف التأهيل الطبي في المستشفيات ، لايمكن أن تتجزأ بصورة فعلية ، إلا عن طريق التعاون بين الهيئات الطبية المعالجة ، وأخصائيي الخدمة الإجتماعية ، والنفسية ، وغير ذلك من الفئات الأخرى . كما أن أي خلل في عمليات التنسيق بين تلك الفئات ، سوف يكون له إنعكاسات سلبية علي عملية التأهيل الطبي وغيرها من الجوانب الأخرى لعملية التأهيل الشامل .

٢ - مدارس التربية الخاصة :

كشفت عملية تحليل وتطور النشأة الأولى في العصر الحديث عن وجود

مدارس خاصة لتربية ورعاية المعوقين ، ولقد ظهرت أولى هذا النوع من المدارس في الدولة الإسلامية ، حيث ألقت بالكثير من المستشفيات بعض الأجنحة أو الأقسام الخاصة ، التي كانت ترعى فئات معينة من المعاقين مثل المكفوفين ، والصم والبكم وغيرهم (١٣) . ولقد امتد هذا النشاط في مراحل التحول نحو المجتمع الحديث ، وخاصة منذ أواخر القرن الثامن عشر وحتى بداية القرن التاسع عشر في المجتمعات الأوروبية . ولكن يشهد النصف الثاني من القرن العشرين ، تحولات كبرى في نظم الرعاية التعليمية والتربوية للمعوقين ، نظراً لطبيعة إحتراف كثير من المجتمعات في الوقت الحاضر ، بحقوق هذه الفئة في التربية والتعليم كأحد الوسائل الهامة لعمليات التأهيل وإدماجهم في المجتمع .

وفي حقبة الأمر ، أن هذه الإهتمامات لم تترك من فراغ ، بقدر ما عكست طبيعة الإتجاهات العالمية والدولية المتزايدة نحو رعاية المعوقين . وتعد مجموعة الإعلانات والتوصيات والمقررات العالمية التي صدرت عن منظمة الأمم المتحدة ومؤسساتها المختلفة مثل اليونسكو ، واليونسيف ، ومنظمة العمل الدولية ، ومنظمة الصحة العالمية من أهم الإسهامات ، التي ظهرت خاصة في العقدين الماضيين .

وعصوماً ، لقد وجدت تلك التوصيات أصداء عالمية وإستجابات قومية لها في الكثير من دول العالم ، بما فيها المجتمعات النامية ، إيماناً منها بقتانج وأثار مساعدة المعوقين - وخاصة الأطفال - في حق التعليم والتربية ، والعمل علي دمج هذه الفئات من المعاقين . وخاصة ، بعد أن بلغت تقديرات الأمم المتحدة لنسبة الإعاقة من الأطفال في الدول النامية ، ما بين ١٢ - ٢٠٪ من إجمالي عدد الأطفال بها . وهناك الكثير من المقررات ، التي توضح أن تلك النسبة مرتفعة في بعض مجتمعات الدول العربية الخليجية ، نتيجة لأن طبيعة الهرم السكاني بها ، يكون في صالح فئة الأطفال (من سن عام وحتى ١٥ سنة) ، حيث يبلغ حجم هذه الفئة بحوالي ٥٪ من إجمالي مجموع السكان .

ومن ثم ، ترجع الحاجة إلى وجود مدارس للتربية الخاصة ، وإعتراف العديد من حكومات دول العالم بها ، لأنها تقدم مناهج تعليمية وتربوية وثقافية ومهنية مستقلة عن طليعة النظام التعليمي العام ، وما بها من مناهج ومقررات دراسية توضع من أجل الأطفال الأسوياء . فمدارس التربية الخاصة ، مؤهلة أساساً لأفراد معينين من المعوقين ، أكثر منها مؤهلة لتقديم مناهج أو مقررات تعليمية .

ويحدد في هذا الصدد جاك تيزارد J. Tizard أن أهمية وجود هذه المدارس المتخصصة ، يسهم في إعداد الأطفال المعوقين ، وخاصة أن نظم التعليم العادية للأطفال الأسوياء لا تلائمهم على الإطلاق ، من الناحية العقلية والمهنية والثقافية . فإنشاء هذه المدارس ، يسهم في البعد عن الإحباط أو الفشل في حياتهم التعليمية والتكيف مع الإعاقات ، وتوظيفها من الناحية العملية ، وتحقيق مايعرف بالتوافق أو التكيف المهني والاجتماعي والثقافي للمعوقين . (٢٤)

وفي نفس الوقت يركز ، (تيزارد) على أهمية تقييم مؤسسات ومدارس التربية الخاصة بصفة مستمرة ، حتي يسهم ذلك في صياغة الإعداد والتخطيط لبرامج التأهيل التعليمي والثقافي والاجتماعي للأطفال المعوقين . وإن كان مجال دراسة مؤسسات رعاية المعوقين وخاصة مدارس التربية الخاصة ، مازال يعد من المجالات التي لم تلق إهتماماً ملحوظاً بدراساتها أو تقييمها ، ويرجع ذلك أيضاً ، إلى عدم وجود مايعرف بالدراسات المقارنة Comparative studies . وترجع أهمية مثل هذا النوع من الدراسات ، في التعرف على النسق المعرفي Epistimological system ، الذي من خلاله يمكن تقييم خدمات ورعاية التعليم والتربية للأطفال المعوقين ، والتخطيط والإعداد لهذه الخدمات والتوسع فيها . علقة على ذلك ، تسهم عملية التقييم في معرفة المشاكل والصعوبات المتعددة التي تواجه التربية الخاصة باعتبارها أحد الأساليب والوسائل ، التي تؤدي إلى رعاية وتأهيل المعوقين ، وخاصة من هم في المراحل التعليمية الأساسية .

وعلى أية حال ، أن مدارس التربية الخاصة ، تعد من أهم المؤسسات التعليمية والتأهيلية للمعوقين ، وخاصة صفار السن منهم ، وتسهم بصورة إيجابية ، في سياسة تعليم الفئات غير السليمة . ولقد أعطت الكثير من حكومات دول العالم الثالث ، أهمية مميزة لها في السنوات الأخيرة ، إيماناً منها بضرورة تنشئة هذه الفئات وتأهيلهم ، تعليمياً وتربوياً وثقافياً ، وتحقيق نتائج إيجابية للفرد والأسرة والمجتمع.

٢ - مراكز التأهيل المهني

Vocational habilitation Centres

يشير هذا النوع من المؤسسات التأهيلية للمعوقين ، والتي تهدف أساساً إلى تقديم أنماط من التدريب المهني المتخصص للمعاقين حسب إعاقاتهم المختلفة ، بعد أن تحقق بالفعل مدى ملائمتهم صحياً أو طلياً ، ولم يعد يحتاجون إلى هذا النوع من العلاج (الطبي) إلا في حالات دورية بسيطة (٢٥) . وتنقسم هذه المراكز والمؤسسات إلى نوعين أساسيين :

الأول : تكون الإقامة داخلية كاملة ، وتكرس للأفراد الذين تبعدهم محل إقاماتهم عن مراكز التأهيل .

الثاني : تكون الإقامة فيها نصف داخلية ، حيث يتم وجود المعاقين في فترات العمل الرسمي أو أثناء ساعات التدريب والتأهيل ، ويلتحق فيها المعاقون الذين يقيمون بجوار هذه المراكز .

وفي كثير من الأحيان ، تقوم مراكز التأهيل بتقديم المساعدات الطبية والإجتماعية والنفسية والمهنية ، كما تستكشف النوافع الحقيقية للمعاقين ، وتعمل على إعادة تنشئتهم إجتماعياً . كما تحتوي هذه المراكز على خدمات المعاقين عقلياً ونفسياً ، والصم والبكم ، والمعاقين حركياً أو جسمانياً . فمركز التأهيل ، يقوم

بتقديم خدمات شاملة للمعاقين ، وفي نفس الوقت يهدف إلى مشاركتهم في تحمل المسؤولية وإتخاذ القرارات ، والتوافق الإجتماعي والمهني وتنمية صلاحياتهم للعمل ، والبعد عن العزلة واللامبالاة .

ويمكن فيما يلي أن نعرض لأهم الإمكانيات اللازمة لمراكز التأهيل حتي تحقق أهدافها العامة وهي (٢٦) :

١ - توفير المراكز التعليمية والبرامج التدريبية اللازمة ، وخاصة لنوعي العاهات مثل الصم والبكم ، ويهدف ذلك لمعرفة قدرات المعوق وإستغلالها في توجيهه مهنيًا.

٢ - توفير الإمكانيات العلاجية ، وخاصة الخدمات الطبية والطبيعية ، فالعلاج المهني والطبيعي متكاملان ، ولا يتم تحقيقهما إلا عن طريق تدريب المعاقين علي إستخدام الأجهزة التعويضية والصناعية وحسب حالات الإعاقة .

٣ - توفير أقسام متخصصة للتوافق الإجتماعي والإرشاد الشخصي والتوجيه المهني . وتسهم هذه الأقسام في تأهيل الحالات الصعبة ، وتقديم المساعدات اللازمة ، نحو إختيار المهن المستقبلية أو مايعرف بالاختيار المهني Selective occupational .

٤ - ضرورة وجود مراكز أو أقسام للتدريب المهني Vocational training فكثير من مراكز التأهيل ، تعتبر كمدارس لتدريب المعاقين بالمهارات المتخصصة . ويجب أن تتميز هذه المراكز بالخصائص التأهيلية البسيطة ، وعادة ماتستكمل خبرات المعاقين السابقة - إن وجدت - مثل التي لهم بمراكز التأهيل .

٥ - العمل علي إنشاء الورش المحمية Sheltered workshops ، حيث تسهم هذه الورش في إعداد ذوي العاهات الخاصة ، لفترات مؤقتة من الوقت ، ثم بعد ذلك يتم إدماجهم في مراكز أو أماكن العمل العادية.

٦ - تهدف مراكز التأهيل إلي العمل للتخفيف من حدة المشاكل الإجتماعية والأسرية والترفيهية الأخرى التي تواجه المعوقين . فهذا النوع من النشاط يساعد علي عمليات التكيف المهني والنفسي للمعاقين .

٧ - إقامة علاقات محلية عامة مع المعاقين في المنازل ، فمعظم هذه المراكز تستهدف من وجودها العمل علي تنمية المجتمع المحلي ورعاية الفئات الإجتماعية غير القادرة . ويتم ذلك عن طريق التنسيق مع الكثير من الجهات الرسمية والأهلية ، والعمل علي تقديم المساعدة لبعض المعاقين ، الذين تفرض عليهم الظروف أن يكونوا (سجناء منازلهم) .

وفي الواقع ، أن هناك الكثير من المتطلبات والاسس العامة ، التي يجب أن يتم توفيرها في هذه المراكز ، وخاصة عمليات تطوير وتحديث البرامج والخطط التأهيلية ، وعقد الدورات التدريبية اللازمة للعاملين ، لتحسين مستويات الفاعلية والكفاءة في هذا المجال ، خاصة أن هناك تطورات سريعة في مجال رعاية المعاقين وعمليات تأهيلهم وتقديم سبل الرعاية المختلفة لهم .

٤ - مراكز التدريب المهني

Vocational Training Centres

ترتبط مراكز التدريب المهني في كثير من الأحيان ، بوجود مراكز كبرى وشاملة لأنواع التدريب والتأهيل عامة للمعوقين . ولكن يقصد بمراكز التدريب المهني، نوع من المراكز التي تقدم دورات تدريبية ومهنية تتراوح مفتحها بين ستة أشهر إلي عام تقريباً . وغالباً ، ما تقوم هذه المراكز بتدريب المعاقين علي بعض الأعمال المهنية

الماهرة ، إذا سمحت ظروف إعاقاتهم بذلك ، وتقديم بعض الأعمال المهنية شبه المهارة أو تعيد تأهيلهم إلى وظائف أخرى جديدة ، حسب ما تفرضه ظروف العمل الخارجي .

وفي بعض الأحيان ، تكون نفقات تكاليف التدريب عالية وخاصة في مراكز التأهيل الشاملة ، ومن ثم تساعد هذه الأنواع من مراكز التدريب على المساهمة في تدريب بعض الفئات المعاقة بأقل تكلفة عن مثيلتها من مراكز التأهيل الشامل.

وفي حقيقة الأمر ، لقد أسهمت هذه المراكز في تدريب الكثير من المعاقين خاصة بعد أن أصبحت عمليات التأهيل أياً كان نوعها تتطلب توفير عمل أو تشغيل المعوقين وهذا ما يطلق عليه حالياً بعمليات إعادة التأهيل من خلال العمل . Rehabilitation Through Work

٥ - الورش المحمية Sheltered Workshops

يركز هذا النوع من مراكز التدريب وتأهيل المعوقين وخاصة فئة المعاقين أو ذوي الإعاقات الشديدة Severely Handicapped ، الذين لا يوجد لهم عملاً مناسباً في المجال المهني والصناعي أو التجاري المحلي . وتركز بعض الدول للإهتمام بهذا النوع من المراكز وتساعد بها كافة الوسائل الفنية والمهنية اللازمة - كما قد تشارك أحياناً جهود بعض المؤسسات والتنظيمات العالمية في هذا النوع لتشجيعه على مستوى العالم . كما تهدف الورش المحمية ، إلى توفير فرص للعمل خاصة ، وأن هناك الكثير من المشاكل والعقبات ، التي تواجه عمليات التشغيل والمتابعة في سوق العمل الخارجي . كما توجد بعض الدول التي تركز أنشطتها هذه المراكز لإنتاج الصناعات البسيطة والخفيفة ، التي يمكن أن يؤديها ذوي الإعاقات ، خاصة بعد أن

أصبحت مراكز التأهيل عالية التكاليف ، كما تحرص هذه الدول علي تسويق منتجات هذه المراكز تشجيعاً للمعاقين ، وضمان مستقبل أعمالهم .

٦ - مراكز إعادة التوطين والتأهيل

Rehabilitation & Resettlement Centres

هذا النوع من أنواع التأهيل ، تقوم به عادة المؤسسات العامة للدولة ، وخاصة الوزارات التي تهتم بشئون المعوقين ، مثل وزارة القوى العاملة ، والشئون الإجتماعية . وتقوم هذه المؤسسات ، بتقديم المساعدات المالية كنوع من خدمات الضمان أو الرعاية الإجتماعية Welfare & Security Services ، وخاصة للمعاقين الكبار أو القادرين علي إنجاز الأعمال بصورة مستقلة عن الآخرين . وفي الواقع ، تقع مسؤولية الإشراف أو الإعداد أو التخطيط للقائمين ، علي تقديم الرعاية الإجتماعية في المناطق المحلية . ويتم ذلك ، بعد عمليات من البحث الإجتماعي والنفسي والطبي والعقلي الدقيق لهذه الفئة من المعاقين . ولقد لاقى هذه الإهتمامات الكثير من النجاح في الدول المتقدمة ، وبالفعل سعت بعض الدول بتعميمها علي الفئات المعاقة إجتماعياً ، مثل من قضوا عقوبة السجن وليس من السهل توافر أعمالاً مهنية حكومية أو خاصة لهم . (٢٧)

وأخيراً ، أن مراكز مؤسسات تأهيل ورعاية المعوقين تُعد من التنظيمات الإجتماعية الهامة ، والتي تحتاج لعميد من الدراسة والتحليل ، لمعرفة المشاكل والمعوقات التي تواجه تلك المؤسسات ، وخاصة في دول العالم الثالث . إن عملية التأهيل معقدة للغاية وتتداخل فيها أنواع متعددة ، مثل التأهيل الطبي ، والنفسي ، والإجتماعي ، والمهني وغيرها . ومن ثم ، تنتزع علي ضوئها أنماط المؤسسات ، التي تقدم تلك الخدمات سواء أكانت مستشفيات ، أم مدارس للتربية الخاصة ، أو التأهيل

المهني ، أو التدريب المهني ، أو الورش المحمية ، أو مراكز إعادة التأهيل والتوطين المهني. ومن هذا المنطلق ، تظهر دائماً الحاجة لإعادة تقييم أنشطة هذه المؤسسات والتعرف على التطورات الحديثة في مجال رعاية المعوقين ، خاصة وأن هذه المؤسسات لها أهداف موجهة لإعادة تأهيل ودمج فئات المعوقين للإستفادة منهم في عمليات التنمية وخاصة في مجتمعات الدول النامية ، ولكن هذا لن يقتضي إلا عن طريق وجود سياسات وإستراتيجيات لتخطيط ورعاية المعوقين وهذا ماسوف نتناوله حالياً. وبصورة موجزة .

الهوامش والمراجع :

(١) للمزيد من التفاصيل انظر :

- Merton, R. K. " Social Structure and Anomie" . R. Merton (ed.)
in Social Theory and Social Structure, N. Y. : The Free Press,
1957, pp. 131 - 194 .

(٢) يمكن الرجوع إلى أهم إسهامات علماء الإجتماع الطبي ، وخاصة حول عمليات
التأهيل وتقديم خدمات الرعاية الشاملة لفئات المرضى بالمستشفيات المختلفة،
والعديد من المتغيرات الأخرى التي تفسر العلاقة بين التغيرات الاجتماعية
والاقتصادية ، وتطوير السياسات العلاجية والإهتمام بالصحة والعلاج
والمرضى، وذلك في المرجع التالي :

- عبد الله محمد عبد الرحمن ، سوسيولوجيا المستشفى ، مرجع سابق ،
خاصة (الفصل الرابع) .

(٣) مخلص مغريل ، " تدريب وتأهيل المعاقين في المجتمع " سلسلة الدراسات
العمالية والاجتماعية (١٧) ، مرجع سابق ، ص ٢٣١ .

(٤) إسماعيل شرف ، تأهيل المعوقين ، الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث ،
١٩٨٢ ، ص ١٩ .

(٥) المرجع السابق ، ص ٢٢ .

(٦) كينث هاملتون ، أسس التأهيل المهني ، ترجمة سيد عبد الحميد مرسى ،
القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ، ١٩٦٢ ، ص ٣ .

(٧) للمزيد من التفاصيل ، انظر :

- عثمان لبيب فراج ، مرجع سابق ، ص ٢٢ - ٤١ .

(٨) تختلف التشريعات القانونية والحكومية الخاصة بعملية تشغيل المعوقين سواء في القطاع العام والخاص ، وضرورة توفير الوظائف اللازمة لهم وينفس معدلات الأجور لغيرهم من الأسوياء . ولقد حددت تشريعات العمل علي ضرورة تمثيل نسبة المعوقين في مجال العمل في بعض الدول علي سبيل المثال ، كالاتي :
انجلترا ٣٪ ، مصر ٥٪ ، ألمانيا ٧٪ . انظر :

- اسماعيل شرف ، مرجع سابق ، ص ٤١ .

(٩) المصدر :

- إعلان حقوق المعوقين قرار رقم ٤٤٧ / ٣٠ . الذي أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة في ١٩٧٥/١٢/٩ .

- القرار الخاص بالحد من الإعاقة وإعادة التأهيل . قرار رقم ١٩٢١ / ٥٨ ، أقره المجلس الاقتصادي والاجتماعي بتاريخ ١٩٧٥/٥/٦ .

(١٠) انظر :

- عثمان لبيب فراج ، مرجع سابق ، ص ٤٢ .

- أحمد السعيد يونس و مصري عبد الحميد حنورة ، رعاية الطفل المعوق :
طبيباً ونفسياً واجتماعياً ، القاهرة : دار الفكر العربي ، ١٩٩١ ، ص ٧٦ -
٧٧ .

كما توجد بعض الدراسات الهامة التي تعالج عمليات التأهيل النفسي لدي المعوقين ، وذلك عن طريق تنمية السلوك Behavior Development والذي يشمل مجموعة من الوسائل ، مثل اللغة والاتصال ، وتنمية القدرات المختلفة التي تسهم في تحديث عمليات التأهيل النفسي والطبي لكافة فئات المعوقين .
انظر علي سبيل المثال :

- Herson , M. V. Haselt & J. Marson, behavior Therapy for The Development Mentally and Physically Disabled, Academic Press, 1983.

- Broman, S., P. Nicholes (et. al) Retradation in Young Children (N.J., Lawrence Erlbaum Asso. Inc.), 1987.

إضافة إلى ذلك ، توجد دراسة هامة ، تركز على عمليات تأهيل المعاقين عقلياً ، وتعد إسهاماً جديداً في مجال رعاية المعوقين في العالم العربي . انظر :

- فتحي السيد عبد الرحيم ، الدراسة المبرمجة للتخلف العقلي ، الكويت : مؤسسة الصباح ، ١٩٨١ .

(١١) فتحي السيد عبد الرحيم ، توجهات مستقبلية في التخطيط والتنظيم والإدارة للتربية الخاصة ، المجلس الإقتصادي والإجتماعي للأمم المتحدة ، اللجنة الإقتصادية والإجتماعية لغربي آسيا ، مؤتمر حول قدرات وإحتياجات المعوقين في منطقة الأسكوا ، عمان ، ١٩٨٩ ، ص ١ - ٤ .

(12) Tizard, J., Child Development and Social Policy (ed. by A. B. Clarke & B. Tizard) , Leicester : The British Psychological Society, 1983 , pp. 173 - 75.

(١٣) إسماعيل شرف ، مرجع سابق ، ص ٢٦ .

(١٤) للمزيد من التفاصيل ، ارجع :

- كينث هاملتون ، مرجع سابق ، ص ١٤٨ - ١٥٦ .

(١٥) المرجع السابق ، ص ٢٤٦ - ٢٤٧ .

(١٦) إسماعيل شرف ، مرجع سابق ، ص ٣٣ .

(17) Perrow, " Hospital , Technology & Structure and Goals " in
J.A.Morsh Hand book of organization, Chicago : Romand
McKay 1985.

(18) Cockerham, W. C. Medical Sociology , N. J. : Prentic Hall,
Inc. 1986.

(١٩) انظر المبحث الأول .

(٢٠) ك . هاملتون ، ص ١٣٥ - ١٣٧ .

(21) Achsons, B. M., & S. Hagard (ed.) Health, Society and
Medicine : An Introduction to Community Medicine to Social
Medicine, Oxford : Black Well Scientif : Publi. 1984, pp.
353-354.

(٢٢) ك . هاملتون ، ص ١٤٦ - ١٤٧ .

(٢٣) ارجع إلي المبحث الثاني .

(٢٤) للمزيد من التفاصيل ، حول عمليات وأهداف مدارس التربية الخاصة ،
وأساليب التخطيط والتقييم Evaluation & Planning لها ، ومدى إسهام
علم النفس الإجتماعي والتربوي ، ونوعية الدراسات المقارنة وقصورها .
وأيضاً ، مشاكل عمليات التقييم والصعوبات التي تواجه الباحثين في هذا
المجال . ارجع إلي :

- Tizard, J., op. cit , Especially Chap. (9) & (15)

(25) Achsons, B. M., op. cit., p. 356.

(٢٦) ك . هاملتون ، مرجع سابق ، ص ٢٠٧ .

(٢٧) تقدم هذه الأنواع من الرعاية الإجتماعية للعديد من الفئات الأخرى في المجتمع وليس للمعوقين فقط ، حيث تطبق في الكثير من محافظات جمهورية مصر العربية منذ الستينات تقريباً . أما توفير أماكن للرزق ، كما يطلق عليه أيضاً في (سلطنة عمان) تعد من التجارب الناجحة جداً في مجال الرعاية الإجتماعية ، ولكنها تحتاج للمزيد من التعميم والتوسع في إنشائها لما فيها من فوائد متعددة .

المبحث السادس

سياسات التخطيط لرعاية المعوقين

تمهيد :

- (١) التخطيط وسياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين .
- (٢) مستويات التخطيط لرعاية المعوقين .

تمهيد :

ترتبط عملية التخطيط الإجتماعي بنوعية سياسات التنمية الشاملة ، التي أصبحت من الضروريات الأساسية لتحقيق معدلات عالية وسريعة للتقدم في المجتمعات النامية . ومن ثم ، فإن عملية التخطيط الإجتماعي تعتبر عملية طبيعية تفرضها ظروف العصر الحديث الذي نعيش فيه حالياً ، كما تحتها ظروف البلاد النامية من أجل الإعداد لسياسات التنمية . فالتخطيط العلمي يعتبر إحدى السمات العامة ، التي تميز نوعية العصر الحديث ، ولهذا السبب سعت الكثير من حكومات ودول المجتمعات النامية بتبني سياسات التخطيط الإجتماعي لأنه الضمان الوحيد لإستغلال جميع الموارد المادية والطبيعية والبشرية بطريقة علمية ، ويهدف لتحقيق الرفاهية الإجتماعية ، والبعد عن الأساليب العشوائية غير المخططة ، والتي تعتمد علي التقائية والبعد عن المنهج العلمي ^(١) . علاوة علي ذلك ، أن التخطيط الإجتماعي العلمي ، يعد الأسلوب الأمثل لتخليص المجتمعات النامية من مشكلاتها المتعددة ، والتي تراكمت عبر العصور الماضية ، وأصبحت من أهم العقبات ، التي تحول دون تحقيق عمليات التنمية الشاملة .

وتكشف تحليلات علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية ، عن الكثير من المنظورات والمداخل السوسيولوجية ، التي تبرهن علي العلاقة بين زيادة تفاقم حجم المشكلات الإجتماعية ، وغياب طرح السياسات والإستراتيجيات القومية والمحلية ، للحد أو علي الأقل للتخفيف من النتائج السلبية التي تتركها هذه المشكلات علي مستوي الأفراد والجماعات والمجتمع ككل . ومن هذا المنطلق ، عبرت الكثير من آراء علماء الإجتماع الكلاسيكيين والمعاصرين ، بالعمل علي دراسة جذور المشاكل الإجتماعية ، وتوجيه السياسات الإجتماعية نحوها ، وضرورة الإقتناع بأساليب البحث والتخطيط العلمي ، والحيولة نون تفاقم مشكلات المجتمع الحديث ، والتي أصبحت في زيادة مطردة ولها نتائج عكسية متعددة .

وربما تمكس لنا تحليلات أميل دوركايم E. Durkheim حول فكرة التضامن الاجتماعي ومدى إرتباطها بعملية التنمية الإجتماعية ، وخلق نوع من الإحساس العام والمشارك بين كل من الأفراد والجماعات والدولة ذلك الإحساس الذي ينتج عن عمليات التعاون والتفاهم المشترك بين جميع الفئات الإجتماعية ، والعمل علي زيادة روح الإلتزام والولاء والتضامن ولكن ذلك لن يتحقق إلا في ضوء وجود سياسات إجتماعية هادفة ، تلعب فيها المؤسسات والتنظيمات الإجتماعية دوراً أساسياً وهاماً . وهذا ما أشار إليه تالكوت بارسونز T. Parsons وتصوراته حول أهمية وجود سياسات الرفاهية الإجتماعية Social Welfare Policies ، لأنها تؤدي إلي تحقيق التكامل Integration ، الذي يعد أحد المتطلبات الوظيفية ، والتي تجعل البناء الاجتماعي أكثر ترابطاً وتماسكاً (٧) . ومن هذا المنطلق ، سمي " بارسونز " لتحليل عمليات التكامل وربطها بقضية السياسة الإجتماعية ، مؤكداً علي أهمية تحقيق انساق التكامل أولاً بين النظم الإجتماعية ، وثانياً بين الجماعات الإجتماعية المختلفة . كما أكد علي أن كلا من النوعين من أنماط التكامل لن يكون لهما فاعلية وكفاءة إلا في ضوء توافر سياسات إجتماعية مخططة وهادفة .

(١) التخطيط وسياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين :

وفي إطار تحليلنا لإحدى مشاكل المجتمع الحديث ، وهي مشكلة المعوقين التي تعكس الكثير من النتائج والآثار السلبية علي كل من الأفراد والجماعات والمجتمع بصفة عامة . نجد كيف تقاومت هذه المشكلة وزادت معدلاتها حتي بلغت ١٠٪ من إجمالي حجم سكان العالم . كما أن الأمر ، يزداد خطورة خاصة في المجتمعات النامية ، التي تعاني الكثير من مشكلات التنمية الإجتماعية والإقتصادية نتيجة فقدانها الكثير من عناصر وقوي الإنتاج والتنمية ، أو ما يعرف برأس المال البشري . لذلك أصبحت معدلات الإعاقة في الدول النامية بما فيها الدول العربية بالطبع ، مابين ٢٠٪ - ٢٥٪ من نسبة السكان بهذه الفئة . كما ترتفع تلك المعدلات بصورة أكثر

خطورة ، خاصة بين الأطفال من سن عام وحتى خمسة عشر عاماً ، والذين يشكلون القاعدة الرئيسية للهرم السكاني في العديد من الدول العربية يصل إلى (٤٥ - ٥٠٪) من إجمالي حجم السكان بها . تلك الفئة العمرية التي تتطلع إليها مجتمعاتها باعتبارها العنصر الأساسي ، الذي يشكل قوتها العاملة المنتجة في المراحل المستقبلية والقادمة .

وهذا بالفعل ، ما يؤكد عليه أحد علماء السياسة الاجتماعية المحدثين وهو دونالد شامبرز Donald Chambers^(٣) . حين يشير بوضوح ، إلى طبيعة المشاكل الاجتماعية وخطورتها في المجتمع الحديث ، نظراً لأنها تخص قطاعاً كبيراً من أفراد وجماعاته الاجتماعية . وتصبح من أهم القضايا التي تهم الرأي العام الاجتماعي ، والتي تحتاج بالفعل لسياسات اجتماعية مخططة ، تقوم على فهم واقعي لهذه المشكلات ، ويتم الإعداد والتخطيط ورسم البرامج اللازمة لها وتنفيذها بواسطة منظمات الرعاية الاجتماعية Social Welfare Institutions .

وعلى أية حال ، إن مشكلة رعاية المعوقين ترتبط بطبيعة السياسة الاجتماعية الموجهة لها في الدول النامية ، والتي تتحدد في ضوء مجموعة من الوسائل والأساليب التي ترسم على ضوءها الأهداف الفعلية لعملية تأهيل ودمج المعوقين في المجتمع . خاصة وأن هناك العديد من المشاكل التي مازالت تواجه عملية التخطيط والبرامج وترتبط بصفة عامة ، بنوعية البناء الاجتماعي والاقتصادي ، ونسق القيم والعادات والتقاليد ، والإتجاهات الأيديولوجية والثقافية والحضارية ، والتي تتداخل بالفعل في تكوين مشكلة المعوقين ، وتوجيه السياسات الاجتماعية لها .

علوة على تلك الظروف ، التي تسهم في زيادة مشكلة المعوقين في الدول النامية ، توجد مجموعة من الأسباب تساعد على تفاقم هذه المشكلة بها ، وجعل احتياجات المعوقين التأهيلية ملحوظة في الواقع . ومن أهمها :

(١) غياب الإحصاءات والمعلومات اللازمة التي تساعد على التعرف على أبعاد مشكلة المعوقين وتزايدهم الفعلي في المجتمعات النامية .

(٢) عدم توافر الأموال اللازمة لإنشاء المراكز التأهيلية للمعوقين .

(٣) قلة وندرة المتخصصين والمديرين في مجال تأهيل المعوقين في الكثير من مؤسسات الرعاية الإجتماعية .

(٤) المساهمة المحدودة من قبل أسر المعاقين تجاه أبنائهم ، نظراً لقلة الإمكانيات الاقتصادية أو لغياب الوعي الإجتماعي والصحي .

(٥) ندرة إسهامات الجمعيات الأهلية والخيرية ، والإعتماد بصورة شبه كلية على المساهمات الحكومية الرسمية .

(٦) تركيز معظم أعداد المعوقين غالباً في المناطق الريفية ، وقليل ما تصل إليهم الخدمات المهنية والتأهيلية .

(٧) ندرة المعلومات والبيانات الأساسية حول الإعاقة وأسبابها ، وطرق حملتها والتدريب والتأهيل لها في الدول النامية .

ومن هذا المنطلق ، يجب أن تركز السياسات الإجتماعية في الدول النامية ، نهو دراسة مشكلة المعوقين من الناحية الواقعية ، ورسم الأهداف الإجتماعية ، والتي عن طريقها يتم إختيار الوسائل والأساليب اللازمة للتخطيط الإجتماعي الملئم، الذي يمكن عن طريقه تحسين الأوضاع الإجتماعية والنفسية والإقتصادية لفئة المعوقين في المجتمع ، وذلك في إطار خطط التنمية الإجتماعية والإقتصادية الشاملة ، التي تهدف أساساً لإدماج المعاقين في التنمية . وبالطبع ، إن ذلك لن يتحقق إلا في ضوء وضع إستراتيجيات لمواجهة مشكلة المعوقين ، وتركز أساساً علي مجموعة من الأبعاد الأساسية والتي تتمثل في التخطيط العلمي السليم ، وإصدار التشريعات القانونية

والاجتماعية ، التي تسهم في الاعتراف بحقوق المعوقين في العمل والحياة ،
وتأسيس مجموعة من المؤسسات التأهيلية والتربوية والمهنية للمعوقين ، وضرورة
الإسهام في زيادة معدلات الوعي الاجتماعي بين الفئات الاجتماعية القادرة ،
ومراعاة إحتياجات ومتطلبات الفئات غير القادرة مثل المعوقين .

وفي إطار تلك الأفكار والتصورات العامة بشأن عمليات التخطيط لرعاية
المعوقين والعمل علي تمجهم في المجتمع ، نحاول حالياً أن نعطي بعض الإقتراحات
التي تصورها بالفعل عدد من المتخصصين والمهتمين بقضية المعوقين وخاصة خبراء
منظمة الأمم المتحدة (اليونسكو) وعلماء التربية ، والنفس الاجتماعي ، والمهني ،
وعلماء الاجتماع والسياسة الاجتماعية .

وتتركز آراء خبراء اليونسكو وعلماء التربية حول التخطيط العلمي والتربوي
للمعوقين ، علي أساس أن عملية التنشئة الاجتماعية والمهنية والتأهيلية لها كثير من
الجوانب الإيجابية علي المعوقين بصفة خاصة . كما أن قطاعاً كبيراً من نسبة
المعوقين ، وبالأذات في المجتمعات النامية يخص الأطفال المعوقين من دون سن
الخامسة عشر ، واللذين يعتبرون في مراحل التعليم والتنشئة التربوية الأساسية ،
نظراً لطبيعة تكوين الهرم الشبابي في هذه المجتمعات . كما توجد بعض الآراء
الهامة التي تعطي دوراً بارزاً لعملية التربية الخاصة للمعاقين ، خاصة بعد أن تزايدت
الإهتمامات الدولية والعالمية نحو هذه القضية ، والنشاط الملحوظ التي قامت به بعض
منظمات الأمم المتحدة ولا سيما اليونسكو واليونسيف وغيرها .

وفي ضوء الإستفادة من التجارب العالمية والتخطيط في مجال رعاية وتأهيل
المعوقين ، يطرح بعض خبراء المنظمة الدولية (اليونسكو) عدد من الآراء والمقترحات
الهامة ، التي تتركز علي عملية التربية الخاصة والعامة وأهميتها ، في وضع
إستراتيجيات أو سياسات إيجابية للمعوقين . وعموماً ، يسمي هؤلاء الخبراء لدراسة
الخدمات التربوية وتخطيطها للمعوقين والتي يمكن تصنيفها إلي ثلاث
مستويات وهي :

(١) خدمات تربية متكاملة في المدارس العامة .

(٢) خدمات تربية خاصة في المدارس والمراكز الخاصة بالمعوقين .

(٣) خدمات مجتمعية تعتمد علي كل من مؤسسات ومراكز التأهيل وعلي مستوى منازل وأسر المعوقين .

كما يطرح الخبراء عدداً من الخطوات والأساليب الهامة ، التي يمكن عن طريقها التخطيط ووضع سياسات تربية ملائمة لجميع المستويات الثلاث السابقة وهي بإيجاز (٤) :

١ - إعداد وجمع البيانات اللازمة للتخطيط في مجال تربية المعوقين ؛ فإن وضع أي خطة قومية متواضعة يجب أن تعتمد علي معلومات وبيانات واقعية ، تكون لديهم في عملية التخطيط الفعلي ، والتوصل إلي الحاجات الأساسية التي تحتاجها عملية التربية الخاصة والعامة .

٢ - ضرورة التعاون بين التخصصات المختلفة ؛ حيث لا تقتصر عملية تربية وتأهيل المعوقين علي خبراء التربية فقط ، بقدر ماتكشف عملية التأهيل عن كثير من التخصصات المختلفة التي تساهم في هذه العملية . ومن ثم ، يجب التعاون بين العاملين في مجال تربية وتأهيل المعوقين ، ليعزز ذلك من إسهاماتهم الفعلية والتعرف علي التطورات الجديدة في هذا المجال .

٣ - دراسة كافة المشاكل والعقبات التي تؤثر علي عملية التربية ؛ ويشمل ذلك تقدير مخضلات عملية التربية مثل الميزانية ، وتوافر الكوادر المتخصصة، وضرورة تصنيف حالات الإعاقة الموجودة للتخطيط لها بصورة سليمة .

٤ - ضرورة التكامل بين التربية وعملية التأهيل الشامل ؛ ويتركز هذا الإجراء علي أهمية معرفة قدرات الأطفال في المدارس العامة والخاصة ودرجة إستعداداتهم، ووضع المناهج والبرامج التأهيلية المناسبة .

٥ - تدريب الكفاءات التربوية والتأهيلية ، إن عملية التخطيط لسياسة تربوية وتأهيلية ، تحتاج كفاءات متخصصة في مجال رعاية المعوقين سواء أكانت تلك الكفاءات حكومية أم تطوعية خيرية ، فيجب إعداد البرامج التدريبية الخاصة لرفع مستوياتهم بصفة مستمرة .

٦ - العمل علي مشاركة الآباء وتعاون أسرة المعاقين في عمليات التربية والتأهيل . ويتم ذلك عن طريق زيادة الوعي الإجتماعي والتربوي ، وأساليب التربية السليمة . ولكي يسهم الآباء في عمليات تقويم وتدريب وتعليم أطفالهم ، وذلك بالتعاون مع المهتمين المتخصصين . وتؤدي هذه العملية ، إلي زيادة مستويات الثقة النفسية والإجتماعية لدي المعاق وأسرتة .

وفي حقيقة الأمر ، ظهرت بعض الدراسات الحديثة التي كشفت نتائجها عن أهمية توجيه السياسات الإجتماعية والتخطيط لاحت الآباء نحو رعاية أطفالهم المعوقين والتي يطلق عليها Social Policy & parents' Involvement . خاصة بعد تزايد الطلب علي الإلتحاق بمؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين ، وشكوي كثير من هذه المؤسسات لإهمال الوالدين أو الأسرة . في رعاية أبنائهم وتركهم بها لفترات طويلة . ومن ثم ، ظهرت الحاجة مرة أخرى لتقدير أهمية الأسرة كتنظيم إجتماعي يؤثر علي عمليات التأهيل والعلاج النفسي والإجتماعي لكل من المعاق وأسرتة معاً . والبعد بقدر الإمكان عن اللجوء إلي المؤسسات ومايسمي De-Institutionalization^(٥) . علاوة علي ذلك ، إن الإهتمام برعاية المعوقين والتخطيط لعمليات التأهيل ، يوضح كثيراً من جوانب الآثار المباشرة وغير المباشرة التي

تحدثها الإعاقات علي الأسرة بصفة عامة . ومن ثم ، جاءت عملية التخفيف لرعاية وتأهيل المعوقين للتخطيط من حدة هذه الآثار السلبية ومساعدة الأسرة في حل مشكلات حياتها العادية .

إن عملية التخطيط لتربية وتأهيل المعوقين ، تحتاج إلي الرؤية الشاملة لنوعية الخدمات التي تقدم بالفعل لهذه الفئة ، والتي تتحدد في إطار عمليتين أساسيتين ، كما يوضحهما الشكلان التاليان (٦) .

أولاً : الخدمات العامة التي تقدم للمعوقين ويراعي فيها ثلاث أبعاد أساسية وهي :

- البعد الأول : نوعية الخدمات ، ويشمل ذلك الخدمات الصحية والتربوية والتأهيل الاجتماعي والترفيه والمجالات الأخرى الهامة .

- البعد الثاني : طبيعة الإعاقة ، والذي يحدد علي ضوئها نوعية الإعاقات الموجودة بمختلف أنواعها (عقلية - جسمية - حسية ... الخ) .

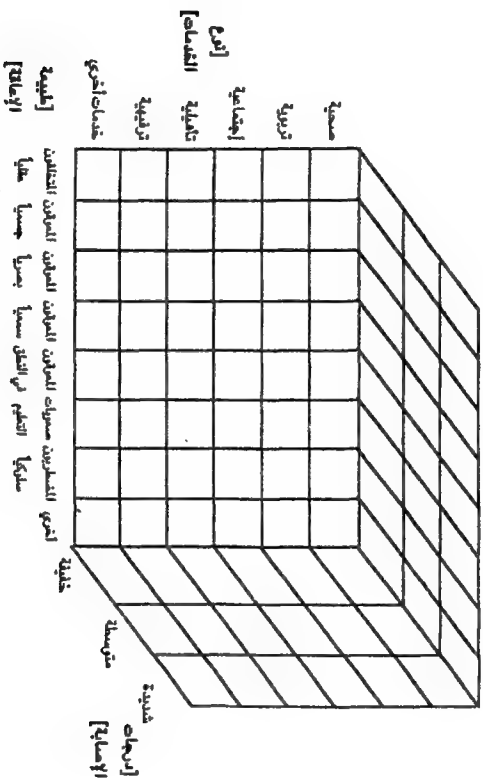
- البعد الثالث : درجة شدة الإصابة . فعملية تقديم الخدمات يجب أن تتناسب مع درجة ونوعية الإصابة ، وتحديدًا علي مستوى المجتمع .

ثانياً : التعرف علي نوعية الخدمات وتقييمها بصورة مستمرة .

وتشير هذه العملية الأخيرة ، إلي أن عملية تقديم الخدمات لا تقتصر فقط علي توصيلها إلي المعاقين ، بقدر ما تهدف سياسات التخطيط لمعرفة وتقييم نوعية هذه الخدمات ، وكفاءة المؤسسات والتنظيمات التي تقدم بها من مؤسسات الرعاية الاجتماعية .

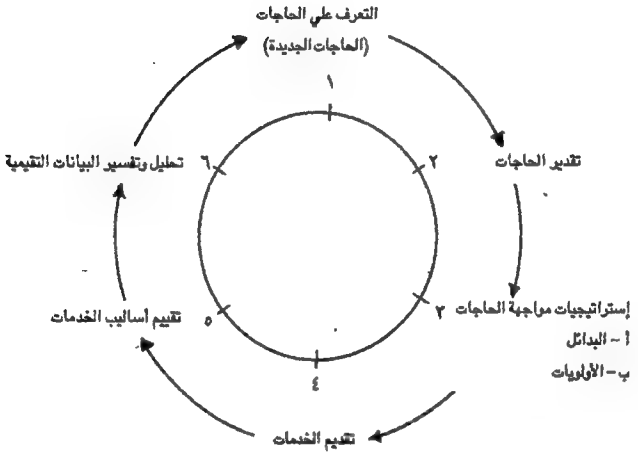
(١) نوعية الخدمات الشاملة للمواطنين

3



(٢) طبيعة دورة الخدمات العامة

للمعوقين وتقييمها



- المصدر : فتحي عبد الرحيم ، توجهات مستقبلية في التخطيط والتنظيم والإدارة والتربية الخاصة ، الأمم المتحدة ، المجلس الإقتصادي والإجتماعي ، مؤتمر قدرات وإحتياجات المعوقين في منطقة الأسكوا - نوفمبر ١٩٨٩ ، ص ٥ .

وعلي ضوء فهم عملية التقييم يمكن تقسيمها إلى مجموعة من المراحل المتواصلة أو الدائرية ، والتي تتحدد في ست مراحل وهي :

- ١ - مرحلة التعرف علي الحاجات .
- ٢ - التقييم الشامل للحاجات وتقديرها .
- ٣ - طرح إستراتيجيات لمواجهة الحاجات وتشمل كلاً من البدائل والأولويات.
- ٤ - تقديم الخدمات .
- ٥ - تقييم أساليب الخدمات .
- ٦ - تحليل وتفسير البيانات التقييمية .

ومن ثم ، تعتبر عملية التقييم Evaluation Process ذات أهداف متعددة ، فهي لم تقتصر فقط علي تقييم خدمات التربية أو الرعاية الخاصة في المدارس والمعاهد التعليمية ، بقدر ماتكشف عن نوعية الخدمات وكفاءتها التي تقدم بالفعل في مؤسسات الرعاية الإجتماعية (٧) . وهذا بالفعل مايؤكد عليه الكثير من علماء النفس الإجتماعي منذ بداية السبعينات ، وعلي ضرورة عمليات التقييم المستمر ، من أجل الإعداد والتخطيط السليم لمثل هذه الخدمات ومعرفة الجوانب الإيجابية والسلبية ، التي تنتج عن عملية تقييم خدمات الرعاية للمعوقين وخاصة إلي الأطفال . وبإيجاز ، إن عملية التقييم لمؤسسات التربية الخاصة تعد أمراً ضرورياً ، نظراً للأسباب التالية (٨) :

أولاً : إن عملية التربية الخاصة Special Education ، تعد إحدى المظاهر الحديثة التي تشعلها عملية السياسة الإجتماعية ، والتي تثار حولها الإستفسارات العامة وأهمية إنشاء مؤسساتها ، وما الفائدة من تقديم هذا النوع من الخدمات للمعوقين .

ثانياً : إن مؤسسات التربية الخاصة تتكبد الكثير من الاموال العامة والخاصة ، إذن فعلى التقييم تركيز علي نوعية الخدمات Quality of Services ، التي تقدم بالفعل ، وكيفية إتخاذ وصنع القرارات لها ، وماهو حجم التوسعات المطلوبة. فمؤسسات التربية الخاصة ، تعتبر بمثابة عنصر أساسي في عملية التربية الشاملة والمتكاملة في المجتمع ، والتي يجب وضعها تحت الدراسة والتقييم المستمر.

ثالثاً : إن عمليات التقييم تسهم في معرفة مدى الإنجاز أو الإخفاق في تحقيق الاهداف Goals Achievement ، التي طرحت مسبقاً عند البدء في إنشاء مؤسسات ومراكز التربية والرعاية الخاصة . علاوة علي ذلك ، يمكن التعرف علي نوعية الكفايات الإدارية والتعليمية والمهنية ، وبيئة المناهج والمقررات وغيرها .

وعموماً لاحظنا ، مدى أهمية تحليلات ورؤية علماء التربية والنفس الاجتماعي حول عملية التخطيط للتربية الخاصة وإلى أي حد يمكن أن تشمل هذه العمليات عدة مستويات مختلفة ، تهدف في مجملها لزيادة الوعي الاجتماعي حول مشكلة الإعاقة والمعوقين . كما تجزئ أهمية التخطيط المستقبلي لعملية التربية في إطار التقييم المستمر لنوعية الخدمات والرعاية التعليمية والتربوية والتأهيلية ، التي تقدم بالفعل في المؤسسات المختلفة ، خاصة بعد أن أصبحت تلك المؤسسات تتدخل في نطاق التنظيمات التربوية العامة ، وتشكل قطاعاً كبيراً في النظام التربوي العام في المجتمع .

(٧) مستويات التخطيط الاجتماعي لرعاية المعوقين :

وتعد إسهامات علماء الاجتماع والسياسة الاجتماعية من الإسهامات المميزة في مجال التخطيط لرعاية المعوقين ، والعمل علي وضع إستراتيجيات هادفة لدمج

المعاقين في عمليات التنمية ، وخاصة في دول العالم الثالث . حقيقة ، أن هناك كثيراً من المشاكل والعقبات التي تحد من إتخاذ الخطوات الإيجابية والسريعة أمام مشكلة المعوقين في هذه المجتمعات . ومن هذا المنطلق ، أصبحت الحاجة ضرورية وملحة لتبني سياسات التخطيط الإجتماعي والموجهة لتنفيذ برامج فعالة للإهتمام بهذه المشكلة بصفة عامة .

وتجدر الإشارة بنا حالياً ، لتوضيح أهم النماذج التخطيطية والمقترحة من بعض علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية في عالمنا العربي ، والتي عيّرت عن وجهة نظر متخصصة للأبعاد والمستويات التي تشكل قضية المعوقين ، وكيفية الإعداد والوقاية منها ، ومحاولة إدماج هذه الفئة في عملية التنمية الفعلية ، والتي يمكن تحقيقها علي مستويين أساسيين هما (١) :

أولاً : مستوى التخطيط الإجتماعي والإدماج في المدي القريب :

التخطيط الإجتماعي مستوي المجتمع	التخطيط الإجتماعي علي مستوي الجماعات والفئات	التخطيط الإجتماعي المتوجه نحو الفرد المعاق
١- تحسين الخدمات الأساسية.	١- تغيير القيم المشكلة للنظرة المعاق .	١ - تغيير إتجاهات المعاق نحو ذاته وقدراته .
٢ - تغيير التشريعات المرتبطة بحقوق المعاقين وواجباتهم ومشاركتهم .	٢ - الترشيح الأسري .	٢ - التأكيد علي إعتداد المعاق علي ذاته وتأهيله وتنمية قدراته .
٣ - إشباع الحاجات الأساسية المادية واللامادية .	٣ - تغيير في الأدوار الإجتماعية علي مستوى العمل بما يسمح بإيجاد أنوار للمعاقين .	٣ - تغيير إتجاهات المعاق نحو الآخرين .
	٤ - مرونة التفاعل الإجتماعي علي مستوى جماعات الأسرة والمدرسة والعمل بما يسمح بإستيعاب المعاق.	

ويشير هذا المستوي ، للتخطيط الاجتماعي علي ثلاث أبعاد تكون في مجملها حجر الزاوية لعملية الإعداد للمعاقين علي المدى القريب :

- البعد الأول : التخطيط الاجتماعي نحو المعاق ، والذي يتضمن عدة نقاط رئيسية ، تهدف إلي تنمية الذات ، وتغيير إتجاهات المعاق نحو قدراته ، ثم كيفية الإعداد لتنمية هذه القدرات وتأهيله . وأخيراً ، التركيز علي أولى خطوات التكيف الاجتماعي ، والبعد عن العزلة الاجتماعية ، عن طريق تغيير الإتجاهات العامة للمعاق تجاه الآخرين .

- البعد الثاني : التخطيط الاجتماعي نحو مشكلة الإعاقة علي مستوي الجماعات والفئات الاجتماعية . ويتركز هذا البعد في العمل علي تغيير القيم والإتجاهات المجتمعية والنظرة العامة تجاه المعاق ، ثم التركيز علي الترشيد الأسري Family Rationalization سواء بالنسبة لأسرة المعاق أو الأسر الأخرى التي توجد في المجتمع المحلي ، والعمل علي زيادة الوعي الاجتماعي ، عن طريق تغيير الأنوار الاجتماعية ، ومرونة التفاعل الاجتماعي علي مستوي الجماعات ومؤسسات التعليم والعمل التي تقوم برعاية المعوقين .

- البعد الثالث : التخطيط علي مستوي المجتمع ، ويتضمن ذلك البعد الإهتمام بمؤسسات الرعاية الاجتماعية وتحسين نوعية الخدمات التي تقدمها للمعاقين ، وتغيير نظم التشريعات الاجتماعية والقانونية ، حتي تفي بالحقوق والواجبات الأساسية لهذه الفئة غير القادرة إجتماعياً . ثم ، العمل علي إشباع الحاجات المادية واللامادية، ويشمل ذلك توفير فرص العمل والكسب ، وخدمات الترفيه والثقافة ، وغيرها من الخدمات الأخرى النفسية والاجتماعية .

ثانياً : مستوى الوقاية والإدماج على المدى الإستراتيجي البعيد :

علي مستوي المجتمع	التخطيط لتغيير الجماعات والتنظيمات	علي مستوى إدماج الفرد
تغييرات أكثر جذرية في أنماط التنمية والإنتاج والتوزيع والفرص الاجتماعية والتشريعات.	١ - تغيير التعليم الرسمي وغير الرسمي بما يسمح بإدماج المعاقين في التعليم .	١ - تغيير أنماط التنشئة الاجتماعية للأسوياء والمعاقين بالتركيز علي قيم المساواة بين المعاقين وغير المعاقين .
	٢ - تغييرات في نظم العمل بما يسمح بمشاركة المعاقين .	٢ - تغيير مضمون الاعلام للتوعية الخاصة بالوقاية والمعالجة والمشاركة .
	٣ - تغييرات في وظائف التنظيمات وإدارتها بما يسمح بإشباع الحاجات واستمرار هذا الإشباع .	٣ - تغيير علاقة المعاق بذاته وبالآخرين وبالأشياء .

ويتركز هذا المستوى أيضاً علي نفس الأبعاد الثلاث السابقة وهي : الفرد ،
والجماعة ، والمؤسسات ، والمجتمع :

- البعد الأول : (مستوي إدماج الفرد) ، ويهدف إلي تغيير الأنماط
التقليدية لعملية التنشئة الاجتماعية ، التي تقدم للأفراد الأسوياء والمعاقين ، والعمل
علي تغيير الاتجاهات بين الفئتين عن طريق قيم المساواة ، وإتاحة الفرص ثم ،
التركيز علي التغيير الموجه لوسائل الإعلام والاتصال وبعدها في عمليات الوقاية

والعلاج والمشاركة . وأخيراً ، العمل علي تغيير إتجاهات المعاق نحو ذاته والآخرين تمهيداً لإدماجهم في المجتمع .

- البعد الثاني : (التخطيط لتغيير الجماعات والتنظيمات) ، والذي يركز عموماً علي كل من تنظيمات ومؤسسات العمل ورعاية المعوقين ، والتي تشمل علي سبيل المثال ، مؤسسات التعليم الرسمي وغير الرسمي ، وتوجيهها نحو عمليات إدماج المعاقين ، ثم العمل علي تغيير نظم العمل التقليدية وسن التشريعات اللازمة ، التي تتيح فرصاً للعمل والكسب للمعاقين في مؤسسات العمل المختلفة ، وأخيراً ، تغيير الوظائف والأهداف العامة للتنظيمات ونظم إداراتها التقليدية ، بما يحقق ميكانزمات إشباع الحاجات الأساسية ، التي يحتاجها المعاقون بالفعل في حياتهم العادية ومستقبلهم المهني .

- البعد الثالث : (مستوي المجتمع) ، ويركز هذا البعد علي ضرورة تبني المجتمع وسياساته الإجتماعية نحو إجراء تغييرات أكثر إيجابية في أنماط الإنتاج والعمل ، والتوزيع ، وعدالة إتاحة الفرص أمام الجميع ، وذلك عن طريق وضع التشريعات الإجتماعية والمهنية ، التي تكفل ضمان مستقبل أفضل للمعاقين ، حتي يشاركون في عملية التنمية ، ويحققوا نوعاً من الذاتية والإستقلالية .

وبإيجاز ، هذه أهم المستويات التي تهدف لتحقيق سياسات إجتماعية مخططة، تقوم علي أسس علمية سليمة ، وتشمل كافة المستويات ، التي عن طريقها يتم التخطيط لإدماج المعاقين في المجتمع وذلك علي البعدين قصير المدى وما يسمى بالبعد الإستراتيجي (بعيد المدى) . حقيقة ، أن تبني هذا النوع من التخطيط الإجتماعي ، يؤدي لتحقيق غايات وأهداف السياسة الإجتماعية العامة نحو المعاقين، والسعي للتعرف علي جذور هذه المشكلة الإجتماعية ، ومحاولة تقديم الحلول والإستراتيجيات البديلة لها . ومن ثم ، فإن غياب هذا النوع من التخطيط ، يؤدي إلي تفاقم نتائج المشكلات الإجتماعية ، التي لها إنعكاسات سلبية علي كل من الفرد

والجماعة والمجتمع . وعلى أية حال ، إن الحاجة مازالت ماسة وضرورية نحو إجراء البحوث والدراسات النظرية والميدانية في مجال رعاية المعوقين ، خاصة أن تلك الفئات الإجتماعية ومؤسساتها المختلفة ، لم تحظ إلا بالقليل من إهتمامات الباحثين والمهتمين بقضايا ومشكلات المجتمع الحديث وخاصة في مجتمعات الدول النامية . ونأمل أن تسهم - هذه الدراسة المتواضعة - في فتح المجال أمام الباحثين ، وتعتبر نقطة إنطلاق أساسية لهم ، خاصة وأنها تحاول أن تغطي الأبعاد النظرية لمشكلة المعوقين ، ثم السعي لأختبار هذه الأبعاد واقعياً ، في ضوء نتائج الدراسة الميدانية على إحدى مجتمعات وطننا العربي .

الهوامش والمراجع :

(١) للمزيد من التفاصيل ، حول عمليات التخطيط الإجتماعي ، وأنواع التخطيط وأسسها وعملياته وحدوده ، وأهدافه في المجتمعات النامية أرجع إلي :

- عبد الباسط حسن ، التنمية الإجتماعية (ط ٤) القاهرة : مكتبة وهبة ١٩٨٢ ،
(خاصة الفصل الثامن) .

- عاطف غيث ، محمد علي محمد ، التغير الإجتماعي والتخطيط : الأسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٨ ، الفصل (١٠) .

(٢) انظر ، المبحث الأول .

(3) Chambers, D. E., Social Policy and Social Programs, N.
Y. : Macmillan Publish Co. 1986, p. 8 .

(٤) منظمة الأمم المتحدة للتربية والثقافة والعلوم (اليونسكو) ، التربية الخاصة للمعوقين : جدول أعمال لعقد التسعينات ، الأمم المتحدة : المجلس الإقتصادي والإجتماعي ، مرجع سابق ، ص ٣ - ٥ .

وللمزيد من التفاصيل حول إسهامات اليونسكو لتوعية المواقف الراهنة لقضية التربية الخاصة للمعوقين علي المستوي العالمي أرجع إلي :

- UNESCO, Review of The Present Situation of Special Education, 1988.

- UNESCO, Final Report on The UNESCO , Consultation on Special Education, 1988.

(5) Prake, R. D., " Fathers, Families and Support System, Their Role in The Development of At - Risk and Retarded

Infants and Children", in J. J. Gallagher, op. cit., Chap.

(6) pp. 101 - 113.

(٦) فتحي السيد عبد الرحيم ، مرجع سابق ، ص ٤ - ٥ .

(٧) توجد بعض المحاولات التي ركزت علي تقييم المستشفيات كإحدى التنظيمات الاجتماعية ، وقياس درجات الكفاءة والفاعلية ، وذلك عن طريق إستخدام بعض المؤشرات العلاجية والطبية والمهنية المختلفة للمزيد من التفاصيل انظر:

- عبد الله محمد عبد الرحمن ، الإنتاجية والأداء التنظيمي والطبي بالمستشفيات : قضايا وآراء ، الإداري ، العدد ٤٥ - ٤٦ (السنة ١٣) معهد الإدارة العامة - مسقط - يونيو - سبتمبر ١٩٩١ ، ص ٢٥ - ٨٠ .

(8) Tizard, op. cit., pp. 175 - 176 .

(٩) عبد الباسط عبد المعطي ، مرجع سابق ، ص ٢٦٧ - ٢٦٨ .

الجزء الثاني : الجانب الميداني للدراسة .

المبحث السابع : الاستراتيجية المنهجية للدراسة

المبحث الثامن : تطور الاهتمام بسياسات رعاية المعوقين .

في سلطنة عمان (مجتمع البحث) .

المبحث التاسع : عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية .

المبحث العاشر : النتائج العامة والتوصيات .

الملاحق .

المبحث السابع : الاستراتيجية المنهجية للدراسة.

(١) أهداف الدراسة وتساؤلاتها.

(٢) اختيار عينة الدراسة .

(أ) اسباب اختيار العينة.

(ب) عملية سحب وتحديد العينة.

(٣) طرق الدراسة واساليب جمع البيانات .

(أ) طرق الدراسة .

(ب) أساليب جمع البيانات وتفرعها .

أصبحت مشكلة رعاية المعوقين إحدى القضايا الأساسية ، التي استقطبت اهتمام الباحثين في العلوم الاجتماعية والطبية والسلوكية ، خاصة بعد ان كشفت الاحصاءات والدراسات العالمية ، عن تزايد اعداد المعوقين وأصبحت تشكل نسبتهم ١٠ ٪ من اجمالي سكان العالم ، وذلك حسب تقديرات الأمم المتحدة . إلا أن الامر ، يزداد خطورة خاصة في دول العالم الثالث وينطبق ذلك بالفعل علي الدول العربية ، حيث ترتفع نسبة المعوقين الي ما بين ١٢ - ١٥ ٪ من اجمالي عدد السكان بها . وبالطبع ، ان تلك النسبة تشكل قطاعاً كبيراً ، من قوي الانتاج ، التي تتطلع اليها الدول العربية في عمليات الانتاج والتنمية ، وتستنزف كثيراً من مواردها المالية والاقتصادية وتشكل عبأ علي كاهل الفئات الاجتماعية الأخرى .

وتبرز أهمية دراسة المعوقين في مجتمعات الخليج العربي ، بعداً هاماً في هذه المجتمعات ، خاصة وانها تسعى كغيرها من المجتمعات النامية ، للحد من معدلات الاعاقة المتزايدة بها ، والتخفيف من أعباء مشكلة الاعاقة والمعوقين ، نظراً لأنها تؤثر علي قطاع القوي العاملة في المرحلة الراهنة والقادمة . علاوة علي ذلك ، تشكل نسبة المعوقين نسبة عالية نتيجة لطبيعته تكوين الهرم السكاني في مجتمعات الخليج ، حيث تزداد الاصابة بين فئة الاطفال (الأقل من ١٥ عاماً) ، والتي تتراوح نسبتها تقريباً ما بين (٤٠ - ٥٠ ٪) من اجمالي حجم السكان بها ^(١) . وهذا يكشف بالطبع ، عن عواقب مشكلة المعوقين ، خاصة ان عنصر السكان يمثل عنصراً هاماً ، وذو ابعاد استراتيجية أمنية واقتصادية وتنموية من الدرجة الاولى .

ويكشف لنا تحليل تراث هذه القضية ، عن ابعاد مشكلة المعوقين و أهمية اسهامات علماء الاجتماع والسياسة الاجتماعية ، في دراسة قضايا المجتمع المعاصرة ، خاصة بعد ان خابت هذه الاسهامات لعقود طويلة ، تركزت فيها

الاهتمامات السوسولوجية نحو المجتمعات الغريبة ، دون دراسة واقعية لقضايا السياسة الاجتماعية ومشكلات العالم الثالث ، وذلك لظروف وأسباب متعددة(٢) وعلي أية حال ، ان تحليل مشكلات العالم الثالث ، ترتبط بطبيعة السياسات الاجتماعية القائمة ، ونوعية البناء والنظم الموجودة بها .

وبعد الاهتمام بتحليل سياسات الرعاية الاجتماعية ومؤسسات ومراكز المعوقين ، احدى تلك الاهتمامات التي ما زالت تحتاج للمزيد من الدراسات النظرية والامبيريقية ، من جانب الباحثين والمتخصصين في كل من علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية الأخرى ، حتي يمكن التعرف علي نوعية الرعاية الاجتماعية ، وكيفية تطويرها وتحسين مستويات الاداء والانجاز ، داخل تلك المراكز والمؤسسات الاجتماعية الهامة . ومن ثم ، فان دراسة الجوانب الاجتماعية والتأهيلية ، كاحدي الخدمات الاساسية التي تقدم الي المعوقين في مؤسساتهم ، وبعد تخرجهم منها ، يعد من أهم مجالات البحث ، التي ما زالت تحتاج للدراسة والتحليل ، وللتعرف علي واقعية خدمات الرعاية ، التي تقدم الي أكثر الفئات احتياجا في المجتمع . ومن ناحية أخرى ، يمكن لمثل تلك الدراسات ان تقوم بتحليل شامل للاعاقات المختلفة واسبابها ، بهدف العمل علي التقليل من معدلات زيادتها ، وتقديم اهم الاساليب الحديثة في مجال الوقاية والعلاج والتأهيل .

ومن هذا المنطلق ، تأتي أهمية موضوع البحث الحالي ، حيث تستهدف الدراسة بيان مستويات الرعاية الاجتماعية في مؤسسات ومراكز تأهيل المعوقين في سلطنة عمان خاصة ، بعد أن تزايدت اهتمامات سياسات الرعاية الاجتماعية منذ بداية السبعينات وحتى الآن ، واصبحت تلك السياسات محورا أساسيا في استراتيجيات التنمية الشاملة في المجتمع العماني . علاوة علي ذلك، تجيء أهمية وأهداف الدراسة عموماً ، بالغة القيمة ، حيث لم تجر أي دراسة ميدانية أو نظرية علي المعوقين في السلطنة - حسب معلومات الباحث المؤكدة - والتي نأمل ان تسهم في

عمليات التخطيط لرعاية المعوقين ، وزيادة مجالات البحث العلمي في هذا المجال .

ومن ثم ، تهتم الدراسة الحالية ، بدراسة وتحليل سياسات الرعاية الاجتماعية في مراكز ومؤسسات تأهيل المعوقين المختلفة في سلطنة عمان ، كما تركز أيضا ، علي معرفة الأدوار الرئيسية التي تقوم بها هذه المراكز ، سواء تلك التي تتبع وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل ، أو وزارة التربية والتعليم والشباب ، أو وزارة الصحة ، أو الجمعيات التطوعية والخيرية الأخرى ، وبصورة موجزة ، يتركز اهتمام وأهداف الدراسة الحالية في تحليل بعدين أساسيين هما :

أولا : تحليل طبيعة سياسات الرعاية الاجتماعية ، ومدى ارتباطها بنوعية التغيرات الاقتصادية والاجتماعية ، التي تشهدها سلطنة عمان منذ بداية السبعينات حتي الوقت الحاضر .

ثانيا : دراسة الأدوار الهامة ، التي تقوم بها مراكز رعاية المعوقين لهذه الفئة ، باعتبارها احدي مؤسسات الرعاية الاجتماعية ، التي تسهم في عمليات تحديث المجتمع وتنمية ، وتقديم وسائل الرعاية المختلفة . ثم ، تحليل طبيعة تلك الأدوار ، ومحاولة تقييمها في ضوء عدة معايير علمية ومهنية حديثة ، تعكس نوعية الاداء الوظيفي ، للقائمين علي تقديم الرعاية الاجتماعية للمعوقين . والي أي حد يمكن الاسهام من خلال نتائج هذه الدراسة والتوصيات ، التي تخرج بها لتحسين مستويات الكفاءة والفاعلية للعاملين ، في مجال رعاية المعوقين ، والسعي للحد من معدلات الاعاقة ، خلال الكشف عن أسباب حدوثها في المجتمع العماني .

كما ان الدراسة الحالية ، تحاول أن تطرح عددا من الموضوعات الفرعية ، وتحاول تفسيرها في ضوء مجموعة من التصورات والمفاهيم والتغيرات البحثية المختلفة ، التي تعكس أهمية دراسة دور مؤسسات المعوقين ، والنهوض بمستويات

الرعاية الاجتماعية والمساهمة بصورة أكثر فاعلية ، في تحقيق اهداف سياسات الرعاية والتنمية الشاملة . ومن ناحية أخرى ، حرصت الدراسة ، علي معرفة نتائج الدراسات السابقة ، ومعرفة وجهات نظر الباحثين والمهتمين بمجال السياسات الاجتماعية ورعاية المعوقين وتأهيلهم ، والتعرف علي تباين الاراء النظرية حول سبل معالجة تلك القضية ، ومدي ارتباطها بطبيعة البناءات والنظم الاجتماعية والاقتصادية ، والسياسية ، التي تشكل نوعية خدمات الرعاية وتقديمها الي الفئات غير القادرة في المجتمع .

وباختصار ، تقوم الدراسة الحالية علي عدة قضايا مؤداها :

- ان اهمية وجود مؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين ، يمكن ان يسهم بصورة أكثر فاعلية في تحقيق سياسات الرعاية الاجتماعية والتنمية الشاملة .
- ان دراسة هذه المؤسسات ، يكشف عن مدي امكانية زيادة اساليب وبرامج الرعاية الاجتماعية للمعوقين ، وكيفية تأهيلهم بأحدث الطرق وعلي أفضل وجه .
- تحليل أهم العوامل الوراثية والبيئية والاجتماعية المختلفة ، التي تسهم بقدر كبير في زيادة اعداد المعوقين ، والحد من ارتفاع نسبتهم في المجتمع .
- الاستفادة من أفضل الطرق والاساليب العلمية ، التي ظهرت في مجال رعاية المعوقين وتأهيلهم نفسيا وتربويا ومهنيا واجتماعيا ، والعمل علي زيادة الوعي الاجتماعي لدي الفئات الاجتماعية الأخرى في المجتمع ، للاهتمام برعاية المعوقين عن طريق التطوع في مجالات العمل الاجتماعي ، وكذلك انشاء المزيد من مراكز رعاية وتأهيل المعوقين .

٢٤٣ - تساؤلات الدراسة :

وفي ضوء القضايا العامة السابقة ، تسعى هذه الدراسة الي طرح تساؤلات عدة تحاول الاجابة عليها ، علي المستوي النظري والامبيريقى ، ومن اهم هذه التساؤلات ما يلي :

١ - ما نوعية خدمات الرعاية الاجتماعية والتأهيلية ، التي توجد في مؤسسات ومراكز المعوقين ، وبورها في تنشئة وتأهيل هذه الفئة في المجتمع العماني؟

٢ - ما طبيعة اهداف واستراتيجيات تلك المؤسسات ، وما مدي ارتباطها بنوعية السياسات الاجتماعية والاقتصادية ، التي تشهدها السلطنة منذ بداية السبعينات ؟

٣ - ما مدي الاهتمام بأساليب الرعاية الاجتماعية والتأهيلية ، وبياعداد الكوادر الفنية في مجال رعاية المعوقين ، ويتدريب القائمين علي هذه الاساليب سواء علي رعاية المعوق داخل المؤسسة ، واسرته خارجها ، وكذلك متابعة المعوق ورعايته بعد تأهيله وتشغيله ؟

٤ - كيف يمكن الارتقاء بمستويات الفاعلية والانجاز المهني في مجال رعاية المعوقين ؟ وكيف يمكن الاستفادة من التجارب الحديثة في هذا المجال علي المستوي الاقليمي والعالمي ؟

٥ - ما هو حجم المسئولية التي تقع علي عاتق مؤسسات ومراكز تأهيل المعوقين في توعية ابناء المجتمع بالاساليب المختلفة للاعاقة ، وبالاساليب التي تمكنها من الحد من زيادة معدلات الاعاقة ؟

٦ - ما هي اهم المعوقات والصعوبات التي تواجه العاملين في مجال رعاية المعوقين ، والتي تحد من زيادة كفائتهم وقيامهم بمهامهم ، وما هي اهم

الطول التي يمكن مواجهة تلك الصعوبات بها ، للتغلب عليها ورفع مستويات الرعاية النفسية والاجتماعية والمهنية للمعوقين ؟

٧ - كيف يمكن زيادة سبل التعاون بين تلك المؤسسات وارتباطها ببعض الوزارات أو المؤسسات الحكومية الاخرى من ناحية ، وبين الاجهزة المحلية من ناحية أخرى من أجل زيادة الوعي الاجتماعي ، والاهتمام بالمعوقين وتعزيز روابط الانتماء والولاء بين الفئات الاجتماعية المختلفة ؟

٨ - ما هي الاجراءات التي يمكن اتباعها من أجل زيادة سبل التعاون بين مؤسسات الرعاية وتأهيل المعوقين وغيرها من المؤسسات الأخرى الاقلية والعربية والعالمية ؟ والى أي حد يمكن الاستفادة من ذلك في رسم سياسات اجتماعية مستقبلية لرعاية المعوقين ، ومحاولة دمجهم في المجتمع ، وتحقيق ابعاد وأهداف التنمية الشاملة ؟

٢- اختيار عينة الدراسة :

(١) أسباب اختيار العينة :

تعتبر عملية اختيار عينة الدراسة ، من أهم الخطوات المنهجية التي يقوم عليها البحث ، ولقد حرص الباحث على ضرورة اختيار هذه العينة ، لتفي باغراض البحث وأهدافه الأساسية ، وتمثل ذلك بالفعل في تحديد مجتمع الدراسة وهما :

أولاً : طبيعة مؤسسات المعوقين :

والتي تقوم بتقديم خدمات الرعاية المتعددة لهذه الفئة . فلقد ركزت الدراسة على اختيار مؤسسات الرعاية لتشمل القطاعات التالية :

(١) القطاع التربوي والتعليمي (المدارس الخاصة)

(٢) القطاع التأهيلي والمهني (المراكز التأهيلية)

(٣) القطاع الطبي والعلاجي (المستشفيات)

وقبل ان نشير الي نوعية هذه المؤسسات ، نود توضيح حقيقتين هما :

أولاً : منذ بداية الدراسة ، حرص الباحث علي ضرورة التنوع بين القطاعات المختلفة ، التي تقوم بالفعل بتقديم انماط الرعاية التربوية والتعليمية ، والتأهيلية المهنية والعلاجية والنفسية ، حتي يسهم ذلك في التعرف علي حقيقته وواقعية الخدمات التي تقدم للمعوقين ، وتحليل اهم المعوقات أو المشكلات التي تواجه هذه المؤسسات وكيفية النهوض بمستويات فاعليتها وكفاءتها .

ثانياً : تشكل تلك القطاعات الثلاث ، المؤسسات الفعلية الموجودة بالسلطنة . والتي حرصت الدراسة علي تغطيتها جميعا بدون استثناء ، حتي يمكن ان تتيج الفرصة لنتائج الدراسة لتقييم هذه المؤسسات ، في ضوء السياسات الاجتماعية الراهنة تجاه رعاية المعوقين . حقيقة ، توجد بعض المستشفيات المحلية الصغيرة في الولايات ، والتي تستقبل بعض أفراد المعوقين ، ولكن يتم تحويلهم بعد ذلك لتلك المستشفيات المتخصصة التي غطتها الدراسة .

- أما بالنسبة لقطاع المدارس التربوية الخاصة ، فلقد شملت الدراسة كلا من مدرستي الأمل (للصم والبكم) ، والمدرسة الفكرية (للتخلف العقلي) ، وتعتبران المدرستين المختصتين في السلطنة حالياً لعلاج هذه الانواع من الاعاقات . وسوف نشير اليهما بعد ذلك ، عندما نتناول تطور الاهتمام برعاية المعوقين ، والنشأة التطورية الأولى لتأسيس هذه المدارس ، حتي ان وصلت عليه

حاليا ، وقت اجراء الدراسة الميدانية .

- بالنسبة لقطاع المراكز التأهيلية والمهنية ، فلقد اهتمت الدراسة باختيار مركز الخوض للمعوقين ، باعتباره المركز التأهيلي الوحيد ، الذي أنشأ في السلطنة لتدريب وتأهيل المعوقين حركيا وسمعيا . علاوة علي ذلك ، شملت الدراسة القطاع الخيري لرعاية المعوقين ، والذي يتولي الاشراف عليه وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل ، ولكن تقوم الجمعيات الأهلية التطوعية بمعظم الأنشطة والخدمات في هذه المراكز ، مثل جمعية المرأة العمانية ، ومركز " بدبد " . هذا بالإضافة ، الي ان الدراسة شملت أيضا ، احد المراكز الحديثة للنشأة وهو مركز " صلالة " ، الذي يقع تحت اشراف وزارة الشؤون الاجتماعية ويقوم القطاع الاهلي بتقديم الخدمات عن طريق جهود المتطوعين .

- أما بالنسبة لقطاع المستشفيات ، والذي اهتمت الدراسة بتغطيته للتعرف علي أوجه النشاط والرعاية النفسية والعلاجية التي تقدم للمعوقين في السلطنة ، وبالفعل اجريت الدراسة ، علي أربعة مستشفيات (المستشفى السلطاني ، والنهضة ، وخوله ، وابن سينا) المستشفيات الثلاث الأولى تهتم برعاية المعوقين طبيا وعلاجيا لما بها من أقسام تخصصية رئيسية تعالج المعوقين وخاصة أقسام الحوادث والطوارئ ، حيث تعتبر الحوادث وخاصة حوادث المرور من احد في اسباب حدوث الإعاقة بالسلطنة . أما المستشفى الأخير ، وهو مستشفى (ابن سينا) للأمراض النفسية والعقلية ، ويعد من أهم المستشفيات التخصصية الوحيدة التي تقدم أنواع العلاج اللازم للمعوقين سواء للحالات المقيمة بالفعل أو المترددة علي المستشفى لتلقي العلاج .

ثانيا : عينة الدراسة من المبحوثين :

عرضنا فيما سبق ، طبيعة عينة الدراسة من المؤسسات التي تقوم بتقديم

الرعاية للمعوقين في السلطنة ، وسوف نوضح حالياً نوعية الدراسة والتي تنقسم الي فئتين أساسيتين هما :

(١) عينة المعوقين : تعتبر هذه الفئة الوحيدة التي يطلق عليها " بمخرجات " سياسات وعمليات الرعاية الاجتماعية والطبية والتأهيلية بصفة عامة . فلقد اهتمت الدراسة ، بضرورة التعرف علي آراء المعوقين وتحليل انطباعاتهم عن نوعية الخدمات ، التي تقدم اليهم ، ومدى الاستفادة منها في مراحل علاجهم وتعليمهم وتأهيلهم . وبالفعل ، تم تحديد أنواع العينة من المعوقين ، وأجراء مقابلات الدراسة المقننة ، أو استمارة البحث ، وخاصة مع المعوقين الذين مكثوا أطول فترة في هذه المؤسسات أو أثناء عمليات تأهيلهم .

حقيقة ، لقد واجه الباحث مشاكل جمه ، بخصوص اختيار هذه العينة ، خاصة فيما يتعلق بالتعرف علي الآراء ووجهات النظر حول طبيعة الخدمات وأنماط الرعاية وعلاقتهم بالفئات العلاجية أو التأهيلية بمراكز ومؤسسات المعوقين . ولكن تم التغلب علي ذلك ، عن طريق ضرورة مقابلة الباحث مع كل من المعوق واحد افراد أسرته وخاصة الوالدين ، مما أفاد الباحث الكثير من نتائج هذه المقابلات . وفي الواقع ، كانت للخطوة المنهجية الاساسية (الاختبار المبدئي Pre Test) لعينة البحث ، سواء بين المعوقين والعاملين ، الكثير من الفوائد المتعددة ، التي أثمرت تعديلاتها عن الكثير من الجوانب الايجابية ، وتلافي العديد من الصعوبات ، حول تقييم مشكلات الرعاية وأنماط الخدمات ، وأسباب الرعاية وغيرها كما سوف نشير اليه تباعاً أثناء تحليل نتائج الدراسة .

علاوة علي ذلك ، كان لتنوع مؤسسات رعاية المعوقين واختلافها ، حيث شملت مدارس للتربية الخاصة ، ومراكز تأهيلية ، ومستشفيات عامة وتخصصية ، الكشف عن الكثير من استجابات المعوقين ورائهم ووجهات نظرهم حول نوعية

الرعاية ، وانماط وفئات الإعاقة ، وأسباب حدوثها ، والعديد من الانواع السلوكية والبيئية والاجتماعية. والثقافية الأخرى ، التي ترتبط بعملية رعاية المعوقين ، ومجال الإعاقة بصفة عامة .

(ب) عينة المسئولين والعاملين ، يكشف تراث دراسة مشكلة المعوقين ، علي اهمية التعرف علي اراء العاملين سواء أكانوا من أصحاب الوظائف الحكومية الرسمية أم من المتطوعين ، وتحليل وجهات نظرهم حول انماط الرعاية المتعددة ، التي تقدم لفئات اجتماعية لها ظروفها الخاصة بها . ومن ثم ، فلقد حرصت الدراسة علي ضرورة اجراء " مقابلات مقننة وغير مقننة أو حرة " مع العاملين في كافة التخصصات العلاجية أو التأهيلية أو التربوية التعليمية ، التي تقدم خدمات للمعوقين .

وفي حقيقة الأمر ، لقد اسهمت عملية تغطية الدراسة لكافة المؤسسات المعروفة ، والتي تهتم برعاية المعوقين ، ، للكشف عن المزيد من المعلومات والاراء القيمة في هذا المجال . وما هي أهم الصعوبات والمعوقات التي تواجه هذه الفئات العلاجية أو التأهيلية ، عند تقديمها لانماط الرعاية المختلفة للمعوقين . علاوة علي ذلك ، اهتمت الدراسة بمعرفة كافة التخصصات المهنية والإدارية والخدمات المساعدة ، وذلك عن طريق اجراء استمارة البحث المقننة من ناحية ، أو المقابلات المفتوحة أو الحرة من ناحية أخرى . واقد ساهم ذلك في استمارة في عمليات التحليل الكمي والكيفي معا ، وتحقيق أهداف الدراسة وأغراضها الأساسية .

(ب) عملية سحب وتمديد العينة :

وفي ضوء ما سبق ، يتضح لنا كيفية اختيار عينة الدراسة علي مستوي كل من مؤسسات رعاية المعوقين ، وطبيعية المبحوثين من المعوقين والمسئولين . أما عملية تحديد اعداد العينة ، وأنواع فئاتها المختلفة ، تم ذلك عن طريق زيارة

هذه المؤسسات مسبقاً ، والتعرف علي البيانات الجاهزة وشبه الجاهزة من اجهزتها الادارية المتخصصة بكل مؤسسة علي حده . ولقد ساعد ذلك في تحديد نوعية المعوقين ، الذين يتم رعايتهم أو تعليمهم أو تأهيلهم ، وأيضاً اعداد العاملين سواء كانوا من المسؤولين الرسميين أو المتطوعين في مجال رعاية المعوقين . ويمكن فيما يلي ، ان نشير الي الخطوات الاجرائية لاختيار وسحب عينة الدراسة من المبحوثين :-

(أولاً) : عينه المبحوثين من المعوقين : في حقيقة الأمر ، تنوعت فئة المبحوثين حسب كل من اماعاتهم وتصنيفاتها المختلفة ، وطبيعة المؤسسات التي يلتحقون بها . ولقد تم ذلك ، عن طريق الرجوع الي السجلات الداخلية بكل مؤسسة لمعرفة نوعية الأقسام العلاجية والتأهيلية والتربوية بكل منها . ولقد أهتمت الدراسة بضرورة تمثيل كافة الأقسام المتخصصة بكل مؤسسة ، مع التركيز علي الفئات المعاقة التي مكثت أطول فترة ممكنة بها ، حتي يساعد ذلك علي تقييم نوعية الخدمات ، التي تقدم اليهم خلال فترة اقاماتهم وعلاجهم . ويمكن الاشارة الي ذلك حسب طبيعة القطاعات والمؤسسات العلاجية التي غطتها الدراسة الميدانية ، كما يوضح هذا في جدول رقم (١) الخاص بسحب عينة الدراسة من المبحوثين :

١ - بالنسبة لقطاع المدارس التربوية الخاصة ، غطت الدراسة مدرستي الأمل (للمصم والبكم) ، والفكرية (للتخلف العقلي) وتم تحديد العينة من كل مدرسة حسب عدد فصولها الدراسية ونوعية جميع الاعاقات الموجودة . ولقد بلغت نسبة العينة من المبحوثين في المدرسة الأولى (الأمل) ١٧,١ ٪ وتمثل (٣٥) حالة من (٢٠٤) حالة . أما المدرسة الثانية (الفكرية) فتم اختيار (٤٩) حالة من اجمالي الحالات الموجودة (١٥٠) حالة وذلك بنسبة ٣٢,٦ ٪ . وعلي اية حال ، بلغت نسبة العينة المختلفة في الدراسة ٣٣,٦ ٪ من اجمالي عدد

التلاميذ المعوقين في المدرستين ، وتشكل هذه النسبة عينة ممثلة كشفت عن الكثير من الآراء حول نوعية الاعاقات وطبيعة الرعاية في المدرستين .

٢ - بالنسبة لقطاع المراكز التأهيلية المتخصصة ، يجب ان نشير أولاً ، ان المركز الوحيد التأهيلي ، وهو مركز " الخوض " ، الذي يقوم بتأهيل الاعاقات الحركية والسمعية ، كما ان الحالات الموجودة بالمراكز الاخرى ، يجري تأهيلها اجتماعيا وتربويا فقط ، ثم بعد ذلك يتم نقل الاعاقات التي يمكن تأهيلها الي مركز " الخوض " ، لتكملة عملية التأهيل التعليمي والمهني . علاوة علي ذلك ، ان المراكز الثلاث الاخرى (ببد ، وصلالة ، وجمعية المرأة العمانيه) فهي مراكز تطوعية خيرية ، يجري الاشراف عليها مع التنسيق بين ادارة تلك الجمعيات ووزارة الشؤون الاجتماعية .

ولقد جاءت نسبة العينة في مركز (ببد) ٢٤ ٪ من اجمالي أفراد المعوقين ، وفي مركز الخوض ٦٦٦ ٪ ومركز وصلالة ٤٦٦ ٪ وجمعية المرأة العمانيه ٢٥ ٪ . وتمثل حجم العينة في هذه المراكز الأربعة (٥٣) حالة من (١١٢) حالة اجمالية ، وذلك بنسبة ٤٧٣ ٪ . من ثم ، جاءت حجم عينة الدراسة من المعوقين لتشكّل نسبة عالية أو تقريباً نصف حالات المعوقين الموجودين بالفعل في هذه المؤسسات أثناء اجراء الدراسة الميدانية .

٣ - بالنسبة لقطاع المستشفيات ، اشرنا فيما سبق ، ان عملية تحديد العينة جاء من واقع السجلات الموجودة بكل مستشفى وخاصة في الأقسام العلاجية المتخصصة برعاية الإصابات والحوادث والاعاقات الموجودة . ولقد اهتمت الدراسة باجراء استمارة البحث والمقابلات مع كافة المعوقين سواء المقيمين أو ايضا المترددين علي هذه المستشفيات لتلقي العلاج .

ولقد جاءت نسبة العينة من المعوقين في المستشفيات الأربع وهي المستشفى

السلطاني ، والنهضة ، وخوله ، وابن سينا ، وهي (٥٦٦ ٪ ، ٤٠ ٪ ، ٦٠ ٪ ، ٦٦ ٪ علي التوالي) . وعلي أية حال ، جاء تمثيل متوسط نسبة العينة من المعوقين ٥٧٩ ٪ من اجمالي عدد المعوقين لهذه المستشفيات . علاوة علي ذلك ، ان الدراسة، اجرت الكثير من المقابلات الحرة والمفتوحة مع المعوقين الذين يترددون علي العيادات الخارجية Out Patients Cline ، للتعرف علي وجهات نظرهم حول الرعاية الطبية والعلاجية خاصة وان هناك نسبة عالية جداً من المرضي تتابع عملية علاجها أو تكمله ولقد زادت هذه النسبة بصورة عالية في السنوات الاخيرة (٢) .

وعصوما ، فلقد بلغ حجم أفراد العينة (٢٥٠) حالة من المعوقين من بين اجمالي الحالات الموجودة (٦٥٧) حالة في قطاعات الدراسة الثلاث المدارس ، المراكز ، المستشفيات (٤) . وتمثل هذه الحالات من العينة نسبة ٢٨ ٪ من العدد الاجمالي للمعوقين بها ، وبالطبع ، تبرز هذه النسبة ، كبر حجم عينة الدراسة من المبحوثين المعوقين ، مما تعكس استجابتهم مؤشرات لها دلالات هامة لتحقيق اهداف الدراسة وأغراضها الأساسية .

ثانياً : عينة الدراسة من العاملين والمسؤولين : وضحنا فيما سبق ، أهمية اختيار عينة الدراسة من المسؤولين سواء اكانوا يشغلون وظائف رسمية أم يعملون كمتطوعين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية والعلاجية والتأهيلية للمعوقين . وفي واقع الأمر ، ان تحديد حجم هذه العينة من المبحوثين ، اتبع نفس خطوات العينة السابقة من المعوقين ، والرجوع الي السجلات الرسمية لكل مؤسسة علي حده . وحرص الباحث علي ضرورة اختيار كافة التخصصات المهنية المتخصصة والإدارية والخدمات المساعدة الأخرى التي تقوم بالفعل بتقديم خدماتها للمعوقين . علاوة علي ذلك ، اهتم الباحث بإجراء "مقابلات حرة " مع بعض المسؤولين العاملين في الوزارات والإدارات المركزية التي تقوم بالإشراف العام والتنسيق بينها وبين الهيئات الادارية والمهنية في

المراكز والمؤسسات ، التي اجريت عليها الدراسة . ويمكن عرض نسبة المسؤولين أو العاملين في هذه المؤسسات كما يلي :-

١ - بالنسبة لقطاع المدارس التربوية الخاصة ، فلقد بلغت نسبة العينة من العاملين (وجميعهم يعملون بصفة رسمية ولا يوجد من بينهم متطوعين) في مدرستي الأمل ، والفكرية (٤٨ ٪ ، ٨٦ ٪ ، ٤٨ ٪ علي التوالي) وتمثل هذه النسبة ٥٧ ٪ من اجمالي عدد العاملين بالمدرستين معاً ، (وتبلغ (٤٥) حالة من بين (٧٨) حالة اجمالي عدد العاملين) .

٢ - بالنسبة لقطاع المراكز التأهيلية . والتي شملت مراكز بديد ، والخوض ، وصلالة ، وجمعية المرأة العمالية والمديرية العامة للمرأة والطفل . فلقد مثلت عينة الدراسة من العاملين والمسؤولين النسب التالية (٥٧ ٪ ، ٤١ ٪ ، ٨٢ ٪ ، ٧٠ ٪ وذلك علي التوالي) ، وذلك من اجمالي حجم العاملين الكلي . كما جاءت اجمالي نسبة المسؤولين في العينة علي مستوي هذه المراكز الأربعة ٧٣ ٪ ، وهي تمثل نسبة كبيرة من اجمالي العاملين . ويبقى ان نشير هنا ، ان مركز الخوض فقط ، جميع العاملين به يعتبروا مسؤولين رسميين ، بخلاف بقية المراكز الثلاث الأخرى فجميع العاملين بها من المتطوعين الوطنيين أو الأجانب (ماعدا مديري مركز صلالة وبيد) والذين بدأ العمل كمتطوعين أولاً ، ثم تم تعيينهم بصفة دائمة في هذه المراكز نظراً لخبرتهم بهذا المجال وادارة تلك المراكز .

٣ - بالنسبة لقطاع المستشفيات ، فجميع العاملين بها رسميون وغير متطوعين وذلك بحكم أعمالهم الرسمية - وجاءت نسبة العينة في المستشفيات الأربعة (السلطاني ، النهضة ، خولة ، ابن سينا) وهي (٢٤ ٪ ، ٢٦ ٪ ، ٥٠ ٪ ، ١٥ ٪ علي التوالي) وقد بلغت هذه النسبة (عينة المسؤولين) ٢٠ ٪ من اجمالي عدد العاملين ، الذين يعملون في الأقسام العلاجية المتخصصة في هذه

المستشفيات . وعلي أي حال ، تمثل هذه النسبة عداد كبيراً من العاملين والمسؤولين . وقد تم اختيارهم بواقع تخصصاتهم المهنية والإدارية والعلاجية ، والخدمات المساعدة والتأهيلية الأخرى .

وعموماً ، لقد حرصت الدراسة منذ البداية علي ضرورة تمثيل عينة كبيرة من العاملين والمسؤولين في مؤسسات ومراكز المعوقين ، حتي يمكن التعرف علي آراء هذه الفئة ، وخبراتهم ، وانطباعاتهم ، وأهم المشكلات التي يواجهونها في مجال رعاية المعوقين . ولقد بلغ العدد الإجمالي لأفراد هذه العينة من المبحوثين (١٥٠) عاملاً من بين ٢٨٧ عاملاً ، وذلك بنسبة ٢٨ ٪ ، هي تشكل نسبة كبيرة من العدد الإجمالي ، وعبرت استجاباتهم عن الكثير من الآراء والتصورات ، حول رعاية المعوقين ، وكيفية رفع الكفاءات والإمكانات التأهيلية والعلاجية والتربوية في المؤسسات التي يعملون بها . وهذا ما سوف نهتم بتحليله تبعاً حسب نتائج الدراسة الميدانية .

(٢) طرق الدراسة وأساليب جمع البيانات :

(أ) طرق الدراسة :

كان لتنوع أهداف الدراسة الحالية ، ونوعية التساؤلات والقضايا التصورية العامة التي طرحتها للمعالجة النظرية والميدانية ، والتي توضح بصنة أساسية ، أن هذه الدراسة - دراسة استطلاعية - تهدف للتعرف علي نوعية كل من سياسات الرعاية الاجتماعية ، وطبيعة مؤسسات ومراكز رعاية المعوقين في المجتمع العماني ، وتحليل دور تلك المؤسسات في خدمة هذه الفئة غير القادرة ، والتي تحتاج الي المزيد من الرعاية المتعددة . علاوة علي ذلك ، فإن هذه الدراسة تسعى لتقييم طبيعة تلك الخدمات ، التي تقوم بتأديتها مؤسسات الرعاية المختلفة ، وكيفية تطوير أساليبها ورفع كفاءتها ، والعمل علي التنسيق بين السياسات الاجتماعية وأهدافها ،

حتى تحقق أهدافها العامة من أجل التنمية الشاملة ، والعمل علي دمج المعوقين في عمليات التنمية بالمجتمع .

وفي إطار نوعية هذه الدراسة المشار اليها ، استخدمت طريقة (الحالة) علي عدد من المؤسسات والمراكز والمستشفيات ، باعتبارها احدي الطرق المنهجية ، وتجري علي مجموعة التنظيمات المحددة ومعرفة مدي تأثيرها وواقعيتها في عمليات تنفيذ أهداف وسياسات الرعاية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة .

ومن هذا المنطلق ، فلقد تعددت طرق الدراسة وتنوعت طبيعة ادوات واساليب جمع البيانات ، نظراً لتركيز الدراسة منذ البداية ، علي ضرورة الأخذ في الاعتبار بتنوع مصادر المعلومات التي يجب ان تعتمد عليها ، ظهر ذلك بوضوح في عمليات اختيار وتحديد عينة الدراسة ، ويمكن تفسير أسباب عملية تعدد طرق الدراسة الي سببين هما بإيجاز :

أولاً : ان تحديد عينة الدراسة من الباحثين (المعوقين) ، كان من أهم الأهداف الأساسية للدراسة وهو ضرورة التعرف علي وجهات نظر هذه الفئة ، باعتبارها أهم مخرجات ، سياسات الرعاية الاجتماعية والتربوية والطبية والتأهيلية في نفس الوقت . والي أي حد سوف تسهم هذه الخدمات في عمليات الاختيار المهني ، وتحديد مستقبل الخريجين وعمليات تشغيلهم ودمجهم في المجتمع .

ثانياً : يتبلور هذا السبب في عملية اختيار المسؤولين سواء أكانوا رسميين أم متطوعين ، للكشف عن أهم المشاكل والعقبات التي تواجههم في عمليات تقديم الرعاية المختلفة للمعوقين ، وما هي أهم انطباعاتهم وآرائهم حول سبل تنمية معدلات الكفاءة والانجاز المهني والوظيفي في مؤسساتهم المختلفة . وكيفية الحد من الإصابات أو العجز أو الإعاقة ، والتعرف علي أسبابها

والوقاية منها في المجتمع ، خاصة وأن هناك الكثير من المؤشرات السلبية التي توضح زيادة معدلات الاعاقة والمعوقين .

ونحاول فيما يلي ان نعرض بإيجاز ، لأهم أدوات وطرق الدراسة بالنسبة لأفراد العينة من المبحوثين كما يلي :-

(١) بالنسبة للمعوقين . رأت الدراسة ضرورة اجراء وتطبيق استمارة البحث (استمارة الاستبيان) ، للتعرف علي آراء المعوقين أو أولياء أمورهم - في حالة تعذر الاتصال بين الباحث والمعوقين - وقد تم تحديد نوعية الأسئلة والتي شملت (٢٣) سؤالاً ، والعمل علي تنويعها لتشمل العديد من المتغيرات الأساسية ، مثل اسباب حدوث الأصابة ، ومدى تعديدها في الأسرة ، والبيئة الاجتماعية والأنماط السلوكية ، ونوعية الوعي بطبيعة الخدمات ، التي تقدم بالمراكز أو المؤسسة أو المستشفى ، ومدى كفاءتها ، ونوعية التعاون بين هذه المؤسسات والأسرة في مجال رعاية المعوق . ثم أهم المقترحات حول اساليب رفع مستويات الخدمات العامة التي تقوم بتقديمها المؤسسات التي التحقوا بها بالفعل (٥) .

هذا بالإضافة الي ، لاهتمام الدراسة ، بالرجوع الي السجلات الخاصة بحالات المعوقين من أفراد العينة ، للكشف عن المزيد من المعلومات والبيانات الأساسية الأخرى ، التي توضح تاريخ الحالة المرضية ، ونوعية الأصابات تاريخ حدوثها وغير ذلك من بيانات هامة وأساسية . ثم ايضا ، الي الرجوع الي آراء أولياء الأمور للتعرف علي الكثير من المعلومات التي قد يتعذر الحصول عليها من المعاق مباشرة .

وفي حقيقة الأمر ، لقد اهتمت الدراسة باتخاذ العديد من الإجراءات البحثية والمنهجية اللازمة ، والتي يجب اتباعها قبل تطبيق استمارة البحث ، وقد تمثل ذلك في خطوتين أساسيتين هما :-

أولاً : مناقشة الاستمارة وتحكيمها : مع الزملاء أعضاء هيئة التدريس لقسم الاجتماع وقسم علم النفس بجامعة السلطان ، للاستفادة من وجهات نظرهم وآرائهم العلمية . وكانت في مجملها ذات قيمة علمية ومثمرة . علاوة علي ذلك ، حرص الباحث لأجراء مقابلات مفتوحة ، ومناقشة الاستمارة قبل تطبيقها مع عدد من المسئولين في مجال رعاية المعوقين ، وخاصة بعض خبراء الأمم المتحدة ، مثل اليونسكو واليونسيف ، نظراً لخبرتهم العالمية في هذا المجال . كما أخذ آراء عدد من مديري ومسئولي خدمات المعوقين في مراكز الرعاية بالسلطنة . وقد كشفت تلك المقابلات والمناقشات عن نتائج ايجابية بالغة القيمة ، وأسهمت في الكثير من الأفكار والتصورات الطمية المفيدة لتحقيق أهداف الدراسة .

ثانياً : الاختبار المبدئي للاستمارة ، تم اختيار (٧٥) حالة من المعوقين علي مستوي كافة مؤسسات الدراسة الميدانية ، وذلك لأجراء عملية (الاختيار المبدئي Pre _ Test) للاستمارة ، وفي حقيقة الأمر ، لقد أثمرت هذه الخطوة عن اجراء بعض التعديلات الهامة علي الاستمارة ، كما ساهم ذلك في الحصول علي المزيد من المعلومات اللازمة للدراسة ككل .

(٢) بالنسبة للمسئولين : أهتمت الدراسة بتطبيق كل من (استمارة البحث) علي أفراد العينة من العاملين في مؤسسات رعاية المعوقين المختلفة ، علاوة علي ذلك ، اجري الباحث المزيد من المقابلات الحرة المفتوحة ، والتي كشفت عن المزيد من المعلومات الهامة التي أثرت طبيعة التحليل الكيفي ، بالاضافة الي التحليل الكمي للدراسة .

وقد تم اعداد استمارة البحث الخاصة بالمسئولين ، والتي شملت (٥١) سؤالاً لتغطي العديد من المتغيرات الأساسية ، والتعرف علي ظروف الالتحاق بالعمل وطبيعة ، وجهة نظرهم حول المعوقين كقوة اجتماعية ، وأسباب حدوث الاعاقات ، ودرجة الوعي الاجتماعي بها ، ونوعية الأداء الوظيفي والمهني ، وعمليات التدريب والاعداد المهني أثناء عمليات الخدمة ، وأساليب التشغيل والمتابعة للمعوقين ، وأهم معوقات العمل الوظيفي ، والمقترحات الهامة حول رفع مستوى كفاءة الرعاية الشاملة للمعوقين (١) .

علاوة علي ذلك ، فلقد أهتمت الدراسة ، باتباع نفس الخطوات الاساسية ، قبل حدوث وتطبيق الاستمارة ، وهي مناقشة استمارة البحث وتحكيمها ، والاختبار المبدئي لها ، كما حدث ذلك في استمارة المبحوثين من المعوقين ايضاً .

ومن ناحية أخرى ، اعتمدت الدراسة علي (الاحصاءات) كأحد المصادر الهامة من انوات جمع البيانات ، وباعتبارها عنصراً أساسياً في تحديد حجم عينة الدراسة من المعوقين والمسئولين والعاملين والمتطوعين ، ولقد ساهم ذلك في معرفة أهم الإعاقات الموجودة والتخصصات المهنية والعلاجية التأهيلية في مؤسسات المعوقين كما اهتمت الدراسة بالرجوع الي (الوثائق والسجلات الرسمية) ، كمصدر رابع في هذه الدراسة - للحصول علي البيانات اللازمة وخاصة عمليات تطور النشأة التاريخية لمؤسسات رعاية المعوقين ، وأهم أهدافها الأساسية التي وضعت قبل نشأتها وتسمي لتحقيقها .

وعموماً ، وفي ضوء ما سبق ، لتحليل طرق الدراسة وأدوات جمع البيانات التي اهتم بها الباحث ، والتي ساهمت في تحقيق (مبدأ المرونة المنهجية) ، واستخدام عدة مصادر لجمع البيانات ، والتي تمثلت في استمارة البحث ، والمقابلات الحرة المفتوحة ، والاحصاءات ، والسجلات الرسمية ، في الاسهام للحصول علي المزيد من البيانات والمعلومات ، التي اثرت عملية التحليل الكمي والكيفي وتنوع نتائج الدراسة وتحقيق أهدافها ،

(ب) اساليب جمع البيانات وتقريفها :

اهتمت الدراسة بضرورة اتباع الخطوات المنهجية الاساسية لاجراء مثل هذا النوع من الدراسات ، كما اتضح ذلك في خطوات اختيار وسحب العينة سواء للمعوقين أو المسئولين . وهذا ما ظهر ايضاً ، في خطوات جمع البيانات وتقريفها ، فنقد حرص الباحث علي ضرورة تنوع طرق وأدوات جمع البيانات ، والتي تمثلت في تطبيق استمارة البحث علي كل من المعوقين والمسئولين ، بالإضافة الي اجراء المقابلات الحرة المفتوحة ، مع أولياء الأمور للمعوقين ، وايضاً بمساعدة كبير من المسئولين والقيادات الرسمية التي تقوم بعمليات الاشراف والتنسيق علي مؤسسات رعاية المعوقين .

ولقد استمرت عملية اجراء الدراسة الميدانية وتطبيق استمارة البحث والمقابلات بأنواعها ، أكثر من ستة أشهر كاملة ، نظراً للصعوبات المتعددة التي تطرحها طبيعة الدراسة ، وكبر حجم العينة الممتدة ، وتنوع مراكز ومؤسسات ومستشفيات رعاية المعوقين بالسلطنة ، علاوة علي ذلك ، صعوبات جمع البيانات مع المعوقين واجراء الترتيبات اللازمة لمقابلة أولياء الأمور ، وندرة الاحصاءات أو عدم توافرها علي الاطلاق ، وغير ذلك من مشكلات متعددة يعتذر سردها أو الإشارة اليها .

وخلال عملية اجراء تطبيق استمارات البحث ، كانت تتم عملية المراجعة المكتبية ، لها بصورة مستمرة ، ثم بعد ذلك تم ادخال البيانات الخاصة بها في (الحاسب الالى) بجامعة السلطان قابوس ، وذلك بواسطة الباحث وتكملة عمليات التحليل الكمي الاحصائي لعينة الدراسة ، والحصول علي البيانات اللازمة سواء علي مستوي كل مركز أو مؤسسة أو قطاع معين أو علي المستوي الكلي لجميع أفراد العينة . وبإيجاز ، لقد أثري استخدام الحاسب الالى في عمليات التحليل الكمي والحصول علي المتغيرات والعلاقات المتداخلة بينها والتي تخدم التحقق من التساؤلات والقضايا العامة التي طرحتها الدراسة مسبقا .

وأخيراً ، يجب ان نشير في ختام هذا التحليل الموجز ، للاستراتيجية المنهجية التي اتبعتها الدراسة ، ان عمليات الاعداد الاولية لها قد استغرق تقريبا عاما كاملاً ، قبل البدء في عمليات تطبيق استمارات البحث ، واجراء المقابلات الحرة مع عينة الدراسة ، وقد شمل ذلك مراحل تصميم الاستمارة واختبارها المبدئي وتحكيمها ، وغير ذلك من خطوات منهجية أخرى ، وخاصة عمليات أخذ الموافقات علي اجراء البحث وتطبيقه ، ومقابلة المسؤولين في مختلف القطاعات والمؤسسات والمراكز والمستشفيات التي اجريت عليها الدراسة .

وعموماً ، وبعد تحليل الاستراتيجية المنهجية للدراسة ، سوف نسعي فيما بعد بتحليل أهم المراحل التطورية لسياسات رعاية المعوقين بسلطنة عمان باعتبارها (مجتمع البحث) . مركزين علي أهم الملامح العامة لسياسات الرعاية الاجتماعية وكيفية ارتباطها بعمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية التي تشهدها السلطنة مع بداية نشأتها الحديثة منذ عام ١٩٧٠ . وبالطبع ، سوف تعكس هذه التحليلات ، أهم الجهود المبذولة في كل من القطاع الحكومي والأهلي أو الخيري التطوعي ، الذي يشهد في السنوات الاخيرة ، توسعات ملحوظة نسبياً عن المراحل السابقة ، نتيجة لزيادة الوعي الاجتماعي والصحي والثقافي نحو اسباب الاعاقة ومشكلة المعوقين .

- الهوامش والمراجع :

- (١) ارجع الي المبحث الثاني .
- (٢) انظر للمزيد من التفاصيل ، المبحث الأول .
- (٣) ارجع علي سبيل المثال ، الي احصاءات مستشفى ابن سينا وغيرها من المستشفيات التخصصية الأخرى وذلك في المبحث القادم .
- (٤) انظر جدول رقم (أ) الخاص بسحب عينة الدراسة (بالملاحق) .
- (٥) ارجع الي ملاحق الدراسة الخاصة باستمارة البحث للمعوقين .
- (٦) انظر ، ملاحق الدراسة الخاصة باستمارة البحث للمسؤولين .

المبحث الثامن

تطور الاهتمام بسياسات رعاية المعوقين في سلطنة عمان .

(هجتمج البحث) .

(١) المرحلة الأولى : ١٩٧٠ - ١٩٨٠

(٢) المرحلة الثانية : ١٩٨٠ - ١٩٩٠

(٣) المرحلة الثالثة : مابعد ١٩٩٠

تتبلور أهمية مشكلة المعوقين في سلطنة عمان ، ومدي توجيه سياسات الرعاية الاجتماعية نحوها ، في إطار ثلاثة مستويات اساسية وهي : المستوى العالمي ، والعربي ، والخليجي : فلقد كان لجهود الاهتمامات الدولية والمنظمات العالمية لابراز مشكلة المعوقين علي المستوى العالمي ، اصداء واسعة النطاق خاصة بعد ان بلغت نسبة متوسط المعوقين عالميا بحوالي ١٠ ٪ من نسبة اجمالي السكان . كما ازدادت أهمية هذه الجهود في الكشف عن الحقوق الاساسية ، التي يجب ان يتمتع بها فئة المعوقين مثل غيرهم من الفئات السليمة الأخرى . وبالفعل ، لقد حدث الكثير من أوجه التعاون العالمي والعربي والخليجي ، للتعرف علي حجم وابعاد مشكلة المعوقين ، خاصة وان العالم العربي يعتبر من مجتمعات دول العالم الثالث ، والتي ترتفع بها معدلات الاعاقة ، وتقدر بحوالي ١٢ - ١٥ ٪ من حجم اجمالي للسكان .

وربما تزداد مشكلة المعوقين خطورة ، وخاصة المجتمعات العربية الخليجية ، وفيها بالطبع سلطنة عمان ، نظراً لارتباط هذه المشكلة بالابعاد التنموية والاستراتيجية معاً . فمازالت دول الخليج العربي تركز علي سياسات سكانية مشجعة ، تهدف لزيادة عدد السكان بصورة سريعة لسد متطلبات التنمية ، واحتياجاتها الاساسية من القوى العاملة الوطنية . ومن ثم ، فلقد كان الاهتمام بمشكلة المعوقين من واقع متطلبات التنمية ، وتحقيق الاهداف الاستراتيجية في نفس الوقت . وكما اشرنا قبل ذلك ، ان طبيعة الظروف والتركيب السكاني في مجتمعات الخليج تأخذ ابعاداً وخصائص مميزة ، عن الكثير من مجتمعات العالم الأخرى ، خاصة وان طبيعة الهمم السكاني في هذه المجتمعات يشير الي ان ٤٠ - ٥٠ ٪ من حجم السكان ، يكون من نصيب الفئة العمرية (الأقل من ١٥ سنة) ، وهذا بالفعل ما اشارت اليه احدي التقارير الرسمية في سلطنة عمان ، حيث تقدر نسبة هذه الفئة ، ٤٠ ٪ من اجمالي حجم السكان في السلطنة (١) .

ومن هذا المنطلق ، جاءت الحاجة ضرورية لتوجيه الاهتمام نحو سياسات وبرامج رعاية المعوقين في السلطنة ، خاصة بعد ان تزايدت اعداد المعوقين ، حيث تشير التقديرات المقترحة ، بوجود ١٥٠ - ٢٠٠ ألف معاق من مختلف الاعاقات ، اذا اعتبرنا ان عدد السكان الحالي للسلطنة (١٥ - ٢ مليون نسمة) ، ونسبة الاعاقة ١٠ ٪ من مجموع حجم السكان ، قديراً للاحصاءات العالمية للأمم المتحدة وذلك في عام ١٩٨١ (٢) . وعلي اية حال ، سوف نهتم حالياً بتحليل اهم التطورات التاريخية لرعاية المعوقين بالسلطنة ، والتي يمكن تقسيمها الي ثلاث مراحل اساسية :-

المرحلة الاولى : ١٩٧٠ - ١٩٨٠

المرحلة الثانية : ١٩٨١ - ١٩٩٠

المرحلة الثالثة (الحالية) : ١٩٩٠ وما بعدها

ونظراً لاهمية كل مرحلة من هذه المراحل الثلاث ، سوف نحدد فيما يلي اهم الملامح العامة ، التي تميزت بها في مجال رعاية المعوقين .

(١) المرحلة الاولى ١٩٧٠ - ١٩٨٠ .

تجني اهمية رعاية المعوقين والفئات الخاصة في سلطنة عمان خاصة مع بداية عصر النهضة الحديثة ، لتأسيس الدولة العصرية مع بداية السبعينات ، وبناء الجهاز الاداري والتنظيمي للدولة . حيث انشئت وزارة للشئون الاجتماعية والعمل في عام ١٩٧٢ ، وتركزت اهتماماتها للرعاية الاجتماعية المختلفة ، وتحقيق التكافل الاجتماعي ، وانشاء المشروعات الاجتماعية ، والنهوض بالمجتمعات المحلية ، ورعاية الطفولة والامومة .

وتركزت معظم الانشطة الخاصة في مجال رعاية المعوقين وذلك تنفيذاً للمرسوم السلطاني رقم ٢٤ / ١٩٧٣ ، والاهتمام بالفئات الخاصة ، مثل رعاية

مرضي الجزام ، والتخفيف من الآثار النفسية والاجتماعية للمعانين بهذا المرض . وتمثل هذا الاهتمام ، في انشاء دارين للايواء ، احدهما في سمائل لخدمة مرضي المناطق الداخلية ، والثانية في الرستاق لرعاية مرضي مناطق الباطنة ، هذا بالاضافة الي دار أخرى في نزوي ، ولقد بلغ عدد المرضي تقريبا (٦٤) مريضا ، وذلك حسب تقديرات عام ١٩٧٧ . كما بلغ جملة نفقات مساعدات الاعاشة التي تصرف شهريا ١٢٣٥ ريال عماني . علاوة علي ذلك ، شملت سياسات الرعاية الاجتماعية (مجال رعاية العجزة) ، وذلك ضمن مظلة الضمان الاجتماعي ، حيث بلغ عدد الذين شملتهم هذا النوع من الرعاية (١١٥٨) حالة لنفس الفترة (٣) .

وفي خلال هذه المرحلة ، تم انشاء فصل دراسي واحد لتعليم المعوقين (الصم) وذلك في عام ١٩٧٤ ، والذي تحول بعد ذلك الي مدرسة للصم والبكم عام ١٩٨٧ . كما كانت تصرف تكاليف الاجهزة والاطراف الصناعية ، وقد بلغت (١١٨١) ريال عماني . وذلك بالتنسيق بين وزارتي الصحة والشئون الاجتماعية . هذا بالاضافة ، الي صدور مجموعة من التشريعات القانونية بشأن تشغيل المعوقين بنسبة ٢ ٪ ، خاصة في المشروعات التي يزيد عدد عمالها عن ٥٠ عاملاً ، والعمل علي اتخاذ التدابير اللازمة في العمل مثل التأمينات ، ضد العجز والمرض ، الذي ينجم عن اخطار المهنة .

(٢) المرحلة الثانية : ١٩٨٠ - ١٩٩٠

وتمثل هذه المرحلة حجر الزاوية والاهتمام الفعلي برعاية المعوقين والتي جاءت مواكبة للاهتمامات العالمية ، والنشاط الاقليمي الملحوظ ، الذي بدأ مع بداية ١٩٨١ ، واعتباره عاما دوليا للمعوقين . وقد بلغ عدد المعوقين ، الذين تم تسجيلهم رسميا مع بداية هذه المرحلة ، بحوالي (٣٠٣٤) معافاً منهم (١٨٧١) ذكور ، و (١١٦٣) اناث ، في عام ١٩٨١ ، كما تم تشكيل لجنة وطنية لرعاية المعوقين ، وذلك بالتعاون والتنسيق بين عدد من الوزارات والهيئات الحكومية المختلفة مثل الصحة ،

والتربية ، والشئون والعمل ، والخدمة المدنية وغيرها .

ويمكن تصنيف أوجه النشاط في مجال رعاية المعوقين خلال تلك المرحلة كما

يلي :-

(١) الرعاية الخاصة :

ففي عام ١٩٨٠ أنشئت دائرة للرعاية الخاصة التابعة ، لوزارة الشئون الاجتماعية والعمل ، والتي تهتم برعاية فئات مرضي الجزام ، والمعوقين .

(١) رعاية مرضي الجزام : تركزت أنماط الرعاية علي المرضي واسرهم في

دور الرعاية الثلاث التي توجد في نزوي ، وسمائل ، والرسحاق ،

وتوفير كافة أنماط الرعاية الاجتماعية والصحية اللازمة . علاوة علي

ذلك ، ثم تقديم مساعدات مالية واجتماعية لاسر المرضي ، مع تقديم

أنماط عديدة من الارشاد والتوعية والعلاج ، وتوفير الاسر البديلة

لرعاية المعوقين ، وذلك تحت اشراف وزارة الشئون الاجتماعية .

وقد بلغت في عام ١٩٨٨ ، جملة عدد مرضي الجزام (١٣٩) حالة خارج

دور الايواء ، كما بلغت نفقات اعاقاتهم ٣٣ ٧٥ ريال ، بلغ متوسط عدد المرضي

داخل دور سمائل والرسحاق (٢٨) حالة ، وجملة نفقاتهم ١١٦١٤ ريال ، وعدد

الاسر البديلة (٤٤) اسرة ، ونفقاتها ٩٦٣٠ ريال عماني (٤) .

(ب) مركز رعاية المعوقين : في عام ١٩٨٧ ، تم افتتاح مركز الخوض

لرعاية المعوقين لتحقيق الاهداف التالية . (٥)

- توفير الخدمات لرعاية المعوقين بالسلطنة .

- تدريب فئات المعوقين واستكمال قدراتهم .

- تخفيف اثر الاعاقه علي المعاق وامبرته وتحقيق فرص افضل للحياة .

- اعداد وتدريب الكوادر المعانة للعمل في المؤسسات الرسمية .

- توعية المجتمع بحقوق المعوقين ، في العمل والحياة الاجتماعية والمهنية

- تقييم القدرات ونوعية الاعطال ، وتوجيه المعوقين مهنيا .

وتتركز أعمال المركز حول الاعاقات السمعية ، والاعاقات الحركية خاصة بالاطراف السفلي ، وذلك للمعاقين ما بين ١٦ - ٢٥ عاماً . ويتمثل الخدمات التي يقدمها المركز في عدد من المجالات وهي مجالات :

(أ) التدريب المهني ، مثل الطباعة ، والنجارة ، ورشة التربية الاسرية للفتيات ، والخياطة .

(ب) المجال التعليمي ، حيث تتركز العملية التعليمية علي تدريب وتعليم المعوقين سمعياً وبصرياً واعطائهم المقررات الدراسية الاساسية والثقافية التي تنمي مهاراتهم المهنية .

- خدمات الرعاية الاجتماعية ، وتتلخص هذه الخدمات في النقل ، والاقامة الداخلية لابناء المناطق النائية ، والبرامج الرياضية والترفيه ، وتوفير الاجهزة التعويضية والاعانات الشهرية .

- الخدمات النفسية : يهتم المركز بتقديم الخدمات النفسية التي تسهم في عمليات التأهيل المهني والاجتماعي .

- الخدمات الطبية ، وتشمل تقديم كافة الخدمات الصحية اللازمة بالتعاون مع وزارة الصحة .

ويستقبل المركز حوالي (٦٠) حالة اعاقة سنوياً ، وان كانت قد تزايدت طلبات الالتحاق بأكثر من (ثلاثة - أربعة) اضعاف قوته الحالية ، وقد بلغ اجمالي

الدفعات الثلاث التي تم تخريجهم حتي عام ١٩٩١ / ٩٠ ، (٩٠) خريجاً ، تم توزيع معظمهم علي مؤسسات العمل الحكومية والخاصة . ويبلغ عدد العاملين من كافة التخصصات بالمركز حالياً (٢٤) عاملاً .

(جـ) مركز بدبد للمعوقين . بدأ إنشاء هذا المركز في أواخر عام ١٩٨٨ ، وذلك عن طريق الجهود الأهلية التطوعية ، وبعد أول ثمار العمل الاجتماعي الخيري ، الذي ظهر في مجال رعاية المعوقين في السنوات الأخيرة . ويقبل المركز الأطفال المعاقين من الجنسين ، من سن عامين حتي ١٤ عاماً ، ويشمل رعاية الإعاقات العقلية والشخصية (صم وبكم) والإعاقات الحركية أو متعددي الإعاقات .

كما تتضمن أهداف المركز ، توفير الرعاية النفسية والطبية والاجتماعية والترفيهية والتأهيلية للمعاقين وأسرههم ، ويشرف علي إدارة المركز مجموعة من المتطوعين الأهالي بالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية وبعض الهيئات والمنظمات الدولية ، التي تسهم أحياناً في تقديم الخبراء والمتخصصين في مجال رعاية المعوقين .

كما يسهم المركز ، في تأهيل امهات المعوقين علي الخدمات المنزلية والاجتماعية ، وبعض الحرف البسيطة ، مما يساعد ذلك في التخفيف النفسي والاجتماعي علي أسر المعوقين ، وتنمية الوعي الصحي والوقاية من الأمراض والحوادث والإصابات ، وتعميق الوعي الاجتماعي بين الأهالي والمؤسسات الخيرية الاجتماعية . وقد بدأ المركز باستقبال حالات قليلة من المعاقين ، ووصل العدد الحالي عام ١٩٩٢ الي (٤٢) حالة ، من مختلف انواع الحالات . كما بلغ متوسط عدد العاملين المتطوعين حالياً (١٤) عاملة (متطوعة) .

(٢) مجال التربية الخاصة :

وتنقسم مجالات التربية الخاصة التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم .

والشباب ، الي مدرستين في مجال رعاية المعوقين هما (٦) .

(١) مدرسة الأمل ، ولقد انشئت هذه المدرسة مع بداية العام الدراسي (٨٠ / ١٩٨١) ، وتستقبل الطلاب الذين في سن التعليم الاساسي العام أو المحولين من المدارس الأخرى ، وتهتم هذه المدرسة برعاية المعاقين من (الصم والبكم) ، سواء كانت الإعاقات جزئية أم كلية ، وتقديم المناهج الدراسية والتعليمية بالنسبة للتعليم العام ، كما تشمل علي عدة أقسام مهنية وتأهيلية ، وهي مجالات النجارة ، والطباعة والآلة الكاتبة ، والتربية الزراعية والاسرية .

وقد تخرجت أولي دفعات هذه المدرسة مع نهاية العام الدراسي ٨٥ / ١٩٨٦ ، وبلغ عدد الطلبة والطالبات (٦) ، اتموا المرحلة الاعدادية المهنية ويتم توزيعهم في مدارس المعوقين (نفس المدرسة والمدرسة الفكرية) ، وبعض المؤسسات الحكومية . ولقد بلغ عدد الطلاب الذين التحقوا بالمدرسة وذلك عام ٨٠ / ١٩٨١ (٢٠) طالبا منهم (٩) ذكور ، (١١) إناث ، وقد ارتفع هذا العدد في عام ٨٨ / ٨٩ الي (١٩٣) طالبا منهم (١٣٦) ذكور، و(٥٧) إناث. وقد بلغ عدد العاملين (٢٧) منهم (٣٤) مدرسة ومدرس متخصص (أثناء اعداد الدراسة الميدانية عام ١٩٩٢) .

(٢) مدرسة التربية الفكرية : تم انشاء هذه المدرسة عام ٨٤ / ١٩٨٥ ، وذلك بافتتاح فصلين يضمنا (٢٠) طالبا وطالبة من المؤهلين للتعليم ، وتتراوح نسبة ذكائهم ٥٠ - ٧٠ معامل للذكاء . وتهتم هذه المدرسة بالإعاقات العقلية وتهدف الي ، تدعيم الصحة النفسية أو الثقة بالنفس والاعتماد علي الذات ، وتنمية الخبرات والمهارات والقدرات للمتخلفين عقليا ، وتحديث العادات والاتجاهات الاجتماعية ، وغرس القيم النبيلة والسلوكية السليمة ، والعمل علي تكيف الطلاب المعاقين مع اسرهم وبيئتهم المحلية .

وتستقبل هذه المدرسة الطلاب من سن ٦ - ٨ سنوات ، وأقصى سن لبقاء الطالب فيها ، حتي سن ٢٠ عاماً ، ويتركز نظام المدرسة بها باعتبار العاملين الأول والثاني (للتهيئة) وتنمية القدرات الجسمية والعقلية . اما مرحلة الاعداد المهني بها فهي تشمل ثلاث سنوات ، يتم فيها تأهيل المعوقين مهنيا علي أساس مهاراتهم العقلية .

ولقد بلغ عدد الطلاب المعاقين عقليا عند افتتاح المدرسة عام ٨٤ / ٨٥ (٢٠ طالبا) منهم (١٣) ذكور ، (٧) أناث ، ووصل عدد الطلاب في عام ٨٩ / ١٩٩٠ ، (١٠١) طالبا ، منهم (٩٥) ذكور ، (٣٦) أناث . وعدد العاملين (١٨) عاملة متخصصة في الإعاقات الفكرية ، بالإضافة الي أخصائية اجتماعية واحدة .

وتشمل أنواع الرعاية والخدمات التي تقدمها المدرسة ، الخدمات التعليمية ، والنفسية ، والاجتماعية ، والتربوية ، والعلاجية لاضطرابات النطق والكلام . (٦)

(٣) البعثات : تعتبر البعثات احدي المجالات الرئيسية لرعاية المعوقين وخاصة قبل انشاء مدرستي الأمل والتربية الفكرية بالسلطنة . وتشرف علي عمليات ابتعاث المعوقين من تلاميذ وزارة التربية والتعليم وكان ذلك مع بداية عام ٨٠ / ٨١ . حيث بلغ عدد المبعوثين (٢١) معاقا ابتعثوا الي كل من السعودية والكويت . ولقد بلغ اجمالي المبعوثين ما بين عام ٨٠ / ٨١ - ١٩٨٩ من فئة الصم (٢٨٧) معاقا ، وتم ابتعاثهم الي كل من السعودية والكويت والشارقة . وعدد الطلاب (المكفوفين) (٣٩٦) معاقا ابتعثوا الي دولة البحرين ، والمعاقين حركيا (٥٦) الي الكويت علاوة علي ذلك ، تم ابتعاث (١٤٠) من التلاميذ المعاقين عقليا ، الي جمهورية مصر العربية ، وذلك خلال نفس الفترة ١٩٨٩/٨٠ . بعد ذلك تم إنهاء عملية البعثات الي الدول العربية واستيعاب المعاقين في المدارس الرسمية (الأمل - والفكرية) .

(٤) مستشفى الأمراض العقلية (ابن سينا) ، تم انشاء هذه المستشفى في منطقة العامرات قرب مدينة مسقط ، لاستقبال حالات المرضى أو المعوقين عقليا ، خاصة بعد ان تزايدت اعدادهم نتيجة لزيادة حجم السكان ، وطبيعة الظروف العصرية الحديثة التي افرزت الكثير من المشكلات الاجتماعية المختلفة ، وتسعى السلطنة بتقديم التدابير اللازمة ومنها مجال رعاية المعوقين عقليا ونفسيا .

وعلياً للإحصاءات العامة للمستشفى خلال الفترة ما بين ٨٦ - ٩١ ، فقد بلغ عدد المرضى المترددين علي المستشفى في عام ١٩٨٦ ، (١٩١٠٠) مريض وذلك بمتوسط شهري (١٠٩١) مريض ، منهم (٦٤٣) مريض استدعيت حالتهم الإقامة في المستشفى بسبب الإعاقة العقلية والنفسية ، وذلك بمتوسط شهري بلغ (٥٦) حالة . ولكن ارتفعت هذه النسبة في عام (١٩٩١) - وقت اجراء الدراسة الميدانية - ، حيث بلغ عدد المترددين (٢٨٣٠٠) حالة ، بمتوسط شهري (٢٣١٠) حالة ، ولكن بلغ عدد المقيمين بالمستشفى خلال نفس المدة (٣٤٦) حالة ، وبمتوسط شهري (٢٩) حالة (٧) . وبإثرهم من ثمة انفعالات المقيمة في المستشفى بالمقارنة بالفترة السابقة إلا أن العدد الاجمالي تزايد بمقدار ٦٧ ٪ ، مما يشير الي حجم الحالات العلاجية ، التي تقوم هذه المستشفى بعلاجها يوميا ، كما يكشف عن الكثير من المتغيرات المرضية نتيجة لتتويع اسباب الامراض النفسية والعقلية للظروف الاجتماعية والاسرية والبيئية معاً .

(٥) قطاع المستشفيات العلاجية والتخصصية (٨) ، شهدت السلطنة نشاطاً مميزاً ، في قطاع الصحة مثل غيره من قطاع الخدمات الأخرى خلال الثمانينات ، حيث لم يكن موجوداً إلا (٣) مستشفيات صغيرة في عام ١٩٧١ ، ووصل العدد الاجمالي للمستشفيات طبقاً لإحصاءات ١٩٨٩ ، (٤٧) مستشفى موزعة علي (٤٢) مستشفى عام أو مركزي ، و (٤) مستشفيات رئيسية ،

ومستشفى آخر تخصصي . كما بلغت عدد المراكز الصحية (٨٨) مركزاً صحياً ، و (٢) مراكز للولادة . هذا بالإضافة الي وجود نظام العلاج بالخارج والذي بلغ خلال عام ١٩٨٩ ، (٤٣٦) مريضاً . وهذا يعكس بالطبع ، مظاهر التقدم الطبي والعلاجي بالسلطنة ، وتوجد بعض المستشفيات العلاجية التي تهتم بعلاج ورعاية المعوقين ، مثل المستشفى السلطاني ، ومستشفى خولة ، ومستشفى النهضة (ولقد اجريت الدراسة الميدانية علي هذه المستشفيات الثلاث نظراً لاهميتها ضمن المؤسسات العلاجية للمعوقين) .

(٢) المرحلة الثالثة مابعد ١٩٩٠ :

تتميز هذه المرحلة بالرغم من مرور عامين فقط منها ، ببعض التطورات الايجابية في مجال رعاية المعوقين ، وخاصة لما لاحظه الباحث خلال معايشته لمجتمع الدراسة ، ومن اهم هذه التطورات بإيجاز :-

(١) تزايد الاهتمام بصورة أكثر مع بداية التسعينات في مجال رعاية المعوقين ، وتوجيه السياسات الحكومية نحو رعاية هذه الفئة ، وشمل ذلك في قطاع الشؤون الاجتماعية والعمل ، حيث توسعت اهتمامات دائرة الرعاية الخاصة ، وأنشطة المديرية العامة للمرأة والطفل لرعاية المعوقين ، وزيادة خطة التأمينات والضمان الاجتماعي ورفع معاش أسر المعوقين .

(٢) في مجال مراكز رعاية المعوقين : يجري الآن التوسع في مركز الفوس ، لاستيعاب عدد أكبر من المعوقين ، نظراً لزيادة الطلب وعدم تحقيق الرغبات المتقدمة . وزيادة أنماط الخدمات المهنية والتأهيلية ، وخاصة بعد ادخال الحاسب الآلي لتعليم وتدريب المعوقين

، مما يسهم ذلك في الحصول علي فرص للعمل والتشغيل . علاوة
علي ذلك ، يتم انشاء بعض المورش المهنية والحماية لصمان فرص
أفضل للعمل وتشغيل المعوقين الخريجين من المركز ، نظراً لوجود
بعض المشاكل المتعلقة بالتشغيل والمتابعة . وسوف نشير اليها حسب
نتائج الدراسة الميدانية .

(٢) تم انشاء مركز للمعوقين في صلالة بالمنطقة الجنوبية لتوسيع نظام
خدمات رعاية المعوقين الي هذه المنطقة ، وايضاً تم افتتاح مركز آخر
في (نزوي) لرعاية المنطقة الداخلية . علاوة علي ذلك ، يجري
الاعداد والتخطيط لإنشاء مركز آخر للمعوقين في منطقة البريمي .

(٤) كشف السنوات الأخيرة عن اهتمام ملحوظ في مجال الخدمات
التطوعية للمعوقين ، حيث تم توسيع خدمات مركز (بدبد) الأهلي^(٩)
، وايضاً نشاط جمعية المرأة العمانية بمسقط حيث ازدادت خلال
العامين الماضيين نشاط تلك الجمعية ، وتم استيعاب أكثر من (٤٠)
طفلاً معاقاً^(١٠) يتم رعايتهم بالجهود الخيرية التطوعية ، ويعكس
هذا ، الكثير من تغير في الاتجاهات والقيم الاجتماعية والثقافية
والحضارية تجاه فئة المعاقين واسرهم ، وزيادة الوعي الاجتماعي
والصحي .

(٥) تم حديثاً انشاء لجنة وطنية عليا للمعوقين بالسلطنة ، لتسهم في زيادة
سبل التعاون بين المؤسسات والوزارات الحكومية والقطاع الأهلي
التطوعي ، وايضا استقطاب مساهمات المنظمات الدولية العالمية
وخاصة اليونسكو واليونسيف وغيرها .

(٦) من الملاحظ ايضاً ، ان وسائل الاعلام ، ازداد نشاطها مؤخراً ، في
مجال التوعية الملاحية والثقافية والاجتماعية نحو فئة المعوقين ، مما

يساعد علي تغيير أنماط الكثير من القيم والسلوكيات ، والحد من اسباب الاعاقة والوقاية منها بقدر الامكان .

(٧) ازدادت أنشطة المؤسسات العلاجية التقليدية في مجال المعوقين والتي بدأت أنشطتها منذ بداية الثمانيات ، التي تمثلت في أنشطة مدارس التربية الخاصة ، والمستشفيات التخصصية ، وأقسام الحوادث والطوارئ . خاصة ، بعد ان كشفت التقارير الرسمية ، زيادة حوادث الطرق والمرور بمعدلات عالية في العامين الماضيين ، وهذا ما سوف توضحه في اطار نتائج الدراسة الميدانية .

تلك أهم التطورات التي حدثت في مجال رعاية المعوقين في سلطنة عمان خلال العقدين الماضيين ، ولقد سعيانا لتصنيفها الي ثلاث مراحل اساسية من اجل الدراسة والتحليل ، والاشارة لأهم التطورات التي تتضمنتها كل مرحلة علي حده . ومن ثم ، فلقد كشفت تلك التطورات ، عن الكثير من الملامح الايجابية في مجال رعاية المعوقين ، وخاصة ان تلك الفئة لم تتل أدني نواح الاهتمام قبل عام ١٩٧١ ، وجاءت تلك الاهتمامات في اطار طبيعة السياسة الاجتماعية لرعاية الفئات الخاصة ومنها المعوقين ، وتبرهن علي نوعيه الخدمات الفعلية العلاجية الصحية والتأهيلية النفسية والاجتماعية . ونأمل في المزيد منها ، خاصة وان هناك مؤشرات لزيادة الحاجة للكثير من مؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين الحالية ، نتيجة لتزايد معدلات الاعاقة والمعاقين ، ونمو حجم السكان المطرد ، علاوة علي ذلك ، ضرورة تحسين الكثير من انماط الخدمات الموجودة في مؤسسات المعوقين العقلية وذلك في ضوء ما سوف توضحه نتائج الدراسة الحالية .

- الملاحظات والمراجع :

(١) بلغت هذه النسبة في سلطنة عمان عام ١٩٧٥ . ولكن اننا نرى ان هذه النسبة قد تزيد عن ذلك وتصل الي ٤٥ ٪ . خاصة وان السلطنة بها اكبر معدلات عالمية للنمو السكاني وصل الي ٣ ٢ سنويا - ارجع الي - وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل ، التقرير السنوي ٧٦ / ١٩٧٧ سلطنة عمان ، ص ٤٤ .

(٢) لا توجد تقديرات رسمية عامة لعدد السكان حتي الآن في السلطنة ، ولكن افترضنا هذا علي ضوء بعض التقديرات العامة التي طرحت في عام ١٩٨١ وذلك من قبل بعض الجهات الرسمية الاقليمية ، التي قدرت عدد سكان السلطنة (حوالي ١ ٢ مليون نسمة) للمزيد من التفاصيل . ارجع الي ، المبحث الثاني .

(٣) انظر المرجع الأول ، ص ٤٤ - ٤٦ .

(٤) وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل ، الكتاب السنوي ١٩٨٨ ، ص ٤٠ .

(٥) وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل ، دليل مركز المعوقين بالخوض ، ١٩٩٠ . - بالاضافة الي ، مقابلات الباحث مع المسؤولين بالمركز ، حيث يعتبر أحد مؤسسات المعوقين التي اجريت عليها الدراسة الميدانية في أكتوبر / ١٩٩١ .

(٦) وزارة التربية والتعليم والشباب ، دليل مدرسة التربية الفكرية ، ومدرسة الأمل ، قسم التربية الخاصة - مسقط ١٩٩٠ .

(٧) تم تجميع هذه الاحصاءات عن طريق مقابلة الباحث مع المسؤولين أثناء اجراء الدراسة الميدانية وذلك في شهري يناير / فبراير ١٩٩٢ .

(٨) جريدة الوطن العمانية ، عدد خاص بمناسبة العيد العشرين للسلطنة ، العدد

١٨ نوفمبر ١٩٩٠ .

(٩) مقابلة الباحث مع المسئولين بمركز بديد للمعوقين في يناير ١٩٩٢ .

(١٠) مقابلة الباحث مع المسئولين . جمعية المرأة العمانية ، والمديرية العامة للمرأة والطفل في ديسمبر ١٩٩١ .

المبحث التاسع : عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية

(١) خصائص عينة البحث .

- (أ) خصائص التركيب النوعي والعمرى .
- (ب) طبيعة الموطن الأصلي .
- (ج) خصائص الحالة الاجتماعية والتعليمية والمهنية .

(٢) اسباب حدوث الاعاقة وعلاقتها بالبيئة الاجتماعية والسلوكية للمعوقين

- (٣) الوعي الاجتماعي بالاعاقة واجراءات الوقاية منها .
- (٤) تقييم عمليات التأهيل ومؤسسات رعاية المعوقين .
 - (أ) تقييم طبيعة الاداء الوظيفي والمهني للعاملين .
 - (ب) تقييم نوعية خدمات الرعاية .

- (٥) مشكلات ومعوقات عمليات التأهيل والعمل بمؤسسات المعوقين
- (٦) وسائل التخطيط وتطوير خدمات ومؤسسات المعوقين .

(١) خصائص عينه البحث :

ركزت الدراسة منذ البداية ، علي ضرورة تنوع عينه البحث ، حتي يسهم ذلك في عملية جمع البيانات ، والحصول علي الحقائق الواقعية التي تتعلق بمشكلة المعوقين ورعايتهم . وانطلاقاً من أهداف الدراسة وفروضها وتساؤلاتها الأساسية ، حرص الباحث عل أخذ آراء المعوقين أو أولياء أمورهم ، للتعرف علي وجهات نظرهم حول برامج وسياسات الرعاية المختلفة التي يتلقونها في المؤسسات . وتجيء أهمية هذه الآراء والاستفادة منها في عمليات تقييم كل من الخدمات والسياسات ، التي كرس من أجل رعاية المعوقين . ويعكس ذلك أحد الأهداف الرئيسية للدراسة الحالية ، والعمل علي تطوير وتحديث أساليب العلاج والتأهيل في المرحلة الراهنة والمستقبلية ، ورفع مستويات الكفاءة والفاعلية للعاملين في مجالات رعاية المعوقين .

وعلي أية حال ، فلقد شملت الدراسة علي عينتين أساسيتين هما (١) عينة المعوقين (٢) عينة العاملين والمستولين ، ويمكن توضيح خصائصهما العامة كما يلي:

أولاً : بالنسبة لعينة المعوقين ، اشتملت هذه العينة علي (٢٥٠) حالة ، موزعة علي ثلاث قطاعات : تمثل المدارس ، والمراكز والمستشفيات التي تقوم بالفعل بتقديم خدماتها للمعوقين . ولقد حرصت الدراسة علي ضرورة تمثيل تلك القطاعات الثلاث ، في عملية اختيار العينة كما أشرنا الي ذلك سابقاً - حتي يتسني لنا التعرف علي واقع الخدمات والمشاكل والمقترحات التي توجد في هذه المراكز والمؤسسات .

وقبل أن نشير الي تمثيل هذه العينة علي مستوى القطاعات الثلاث ، نود ان نوضح بعض الحقائق الهامة حول طبيعة هذه العينة ككل (انظر جدول

رقم (١) الخاص بعينة الدراسة) :

(١) عينة المعوقين ككل : بلغت عينة البحث (٢٥٠) من اجمالي (٦٥٧) حالة التي تقدم لها الرعاية أو العلاج أو التأهيل لفترة طويلة . حقيقة ، أن هناك حالات معاقة تتردد علي المستشفيات بصفة خاصة ، إلا أن الدراسة حرصت علي معرفة أرائهم في اطار مقابلاتها المفتوحة . ولقد بلغت نسبة العينة الكلية ٢٨ ٪ من اجمالي حالات المعوقين الموجودة ، أثناء عملية الدراسة الميدانية . ولقد جاءت هذه العينة كبيرة ، لتسهم في الحصول علي البيانات ، والتعرف علي وجهات نظر المعوقين ، باعتبارهم الفئة الاجتماعية المستفيدة من خدمات هذه المؤسسات .

(ب) العينة علي مستوي القطاعات الثلاثة : حرصت الدراسة علي ضرورة تمثيل عينة البحث من المعوقين كافة التخصصات التعليمية والتأهيلية والعلاجية التي يوجد بها المرض من المعوقين أو من التلاميذ في القطاع التعليمي .

- قطاع المدارس : ركزت الدراسة علي اجراء الجانب الميداني في القطاع التعليم في مدرستي الأمل (للصم والبكم) ، والمدرسة الفكرية التي تقوم بتعليم حالات التخلف العقلي ، وهما المدرستان الوحيدتان اللتان تهتمان برعاية المعوقين وهذه الاعاقات بالسلطنة . ولقد بلغت عينة البحث من المعوقين ٤٩ حالة ، من (٢٥٤) حالة ونسبة (٢٣ ٪) وهي نسبة كبيرة من التلاميذ المعوقين . وكما وضحنا سابقاً ، أن الدراسة حرصت علي ضرورة التركيز علي طلاب الفصول النهائية ، للحصول علي أكبر قدر من المعلومات والحقائق ، مع الأخذ في الاعتبار ، بأهمية طول فترة الرعاية التي يحصل عليها التلاميذ . وبمراً ، بلغت نسبة عينة الدراسة من التلاميذ ٣٣ ٪ من اجمالي حجم العينة الكلي .

٠ قطاع المراكز : وقد اجريت الدراسة علي أربعة مراكز متخصصة لرعاية المعوقين وهي مراكز ، بيور ، والخوض ، وصلاطة ، وجمعية المرأة العمانية ، وتم اجراء الدراسة علي (٥٢ حالة) من اجمالي (١١٢) حالة ونسبة ٤٧,٢ ٪ ، وهي تشكل تقريباً نصف حالات الاعاقة الموجودة بالفعل في هذه المراكز . ويعتبر مركز ببدي والخوض هو المركز الرسمي لرعاية وتأهيل المعوقين ، أما بقية المراكز الثلاث الأخرى ، فهي تتبع للجمعيات الأهلية الخيرية ، ولقد حرصت الدراسة علي ضرورة تمثيل عينات البحث من القطاعين الرسمي والأهلي ، للتعرف علي تباين خدمات وأنماط الرعاية ومشكلاتها . وعلي أية حال ، بلغ نسبة أفراد العينة من هذه المراكز (٢١ ر ٢ ٪) من اجمالي حجم العينة ، وتشكل ذلك نسبة كبيرة ، تساعد علي كشف المزيد من واقع خدمات الرعاية في هذه المراكز .

٠ قطاع المستشفيات : أتمت الدراسة بهذا القطاع لأهمية في صليات رعاية وعلاج المعوقين ، وغطت الدراسة أربع مستشفيات هي السلطاني ، والنهضة ، وخوله ، وابن سينا (للأمراض العقلية والنفسية) . وتعتبر المستشفيات الأخيرة المتخصصة في رعاية المعوقين من هذه الاعاقات ، أما المستشفيات الثلاث الأولى فهي عامة وتخصصية بها أقسام لعلاج ورعاية بعض الاعاقات المختلفة . ولقد اجريت الدراسة علي (١١٢) حالة من (١٩٥) حالة كانت موجودة بالفعل وقت اجراء الدراسة الميدانية ، ولقد بلغت نسبة حالات الدراسة ٥٧ ر ٩ ٪ من اجمالي حجم الحالات الموجودة . كما جاءت نسبة هذه الحالات لتشكّل ٤٥ ر ٢ ٪ من اجمالي حجم عينة البحث من المعوقين . وهي نسبة كبيرة من حجم عينة الدراسة ، وكشفت عن المزيد من المعلومات اللازمة التي تخضع أغراض الدراسة وأهدافها الأساسية . علاوة علي ذلك ، حرصت الدراسة علي ضرورة عقد مقابلات حرة مع المرضى من غير المقيمين ، أو في

العيادات الخارجية Out Patients ، حول عمليات الرعاية والعلاج التي تقدم لهم في هذه المستشفيات . ولقد كشفت نتائج هذه المقابلات عن الكثير من البيانات والتحليلات اللازمة ، التي كرست الدراسة منذ البداية للتعرف عليها ، خاصة وأن هناك قطاع كبير من المرضى يتردد علي هذه المستشفيات ، ولا سيما مستشفى ابن سينا للأمراض النفسية والعقلية كما اشرنا الي ذلك من قبل .

وهكذا ، اتسمت خصائص عينة البحث من المعوقين بعملية تتوزع مميزه ، لتمثيلها كافة المدارس والمراكز والمستشفيات ، والتي تقوم بتقديم خدماتها للمعوقين . وفي نفس الوقت ، جاء هذا التمثيل ليشمل أيضا كافة أنواع الاعاقات الموجودة ، مثل الصم والبكم والتخلف العقلي والنفسي ، والاعاقات الحسية والحركية الأخرى . علاوة علي ذلك ، حرصت الدراسة علي ضرورة التعرف علي قطاعات خدمات المعوقين الرسمية والأهلية أو الخيرية للكشف عن المزيد من الحقائق الواقعية الامبيريقية ، حول برامج وسياسات رعاية المعوقين بالسلطنة .

ثانيا : عينة البحث من العاملين والمسؤولين : ركزت الدراسة علي ضرورة اجراء الجانب الميداني لها ، ليشمل آراء وجهات نظر العاملين بمؤسسات رعاية المعوقين بالسلطنة . ومنذ البداية ، حرص الباحث علي أهمية تطبيق (استمارة البحث) واجراء المقابلات الحرة المفتوحة مع أفراد هذه العينة ، حتي يمكن أن يسهم ذلك في إثراء البيانات وجمعها ، لتحقيق اهداف الدراسة واختبار فروضها .

وتعتبر عملية اختيار العينة من العاملين والمسؤولين ذات ابعاد بحثية هامة ، خاصة وأن هذه العينة تشمل علي قطاع كبير من التخصصات العلاجية والطبية والتأهيلية والتدريبية معاً علاوة علي ذلك ، حرصت الدراسة

علي ضرورة تمثيل العينة من نفس المؤسسات ، التي تم فيها مقابلة واختيار عينة الدراسة من المعوقين حتي يمكن للباحث عقد المقارنات بين آراء ووجهات نظر كلا من العينتين .

وفي حقيقة الأمر ، لقد وضعنا قبل ذلك عملية اختيار وسحب العينة الخاصة بالعاملين والمسؤولين (١) ، ولقد بلغت نسبة العاملين الذين أجريت عليهم الدراسة ٢٨ ٪ ، من إجمالي عدد العاملين بمؤسسات رعاية المعوقين . وتعتبر هذه النسبة كبيرة حيث شملت (١٥٠) حالة من إجمالي (٣٨٧) حالة من العاملين ، كما حرصت الدراسة ، علي ضرورة تمثيل كافة القطاعات التعليمية ، والتأهيلية ، والعلاجية (المستشفيات) في عينة الدراسة ، ولقد جاءت نسب هذه القطاعات في هيئة البحث من العاملين بنسب (٣٠ ٪ ، ٣٣ ٪ ، ٢٩ ، ٦٧ ٪ علي التوالي) .

وعموماً ، يتضح لنا مما سبق بعض الملاحظات الهامة ، عن خصائص هيئة البحث سواء بالنسبة للمعوقين أو العاملين والمسؤولين وهي :

أولاً : تم تمثيل كافة قطاعات رعاية المعوقين ، التي توجد بالسلطنة وهي القطاعات التعليمية ، والتأهيلية ، والعلاجية .

ثانياً : شملت مؤسسات الدراسة ، كافة التخصصات التي تقوم برعاية المعوقين ، حسب نوعية مهنتهم وخدماتهم بصفة عامة .

ثالثاً : غطت الدراسة كافة أنواع الإعاقات الموجودة بالسلطنة ، والتي تقسم كلها أنماط الرعاية المختلفة .

رابعاً : اهتمت الدراسة ، بضرورة تمثيل عينة البحث ، لتشمل المؤسسات الرسمية الحكومية والأهلية الخيرية ، لتتعرف علي طبيعة أنماط الرعاية والخدمات بكل منها .

خامسا : ركزت الدراسة علي تغطية جميع مؤسسات رعاية المعوقين الموجودة بالفعل في السلطنة وأجراء الدراسة عليها .

علي ايه حال ، لقد أهتمت الدراسة بأهمية تنوع العينة سواء للمعوقين أو العاملين ، أو حسب نوعية القطاعات المختلفة ، التي تقوم بتقديم خدماتها للمعاقين وسوف نشير فيما يلي الي أهم الخصائص الأساسية لمفردات العينة كما يلي :-

(١) خصائص التركيب النوعي والعمرى :

أولا : عينة المعوقين :

يكشف طبيعة التركيب النوعي ، لعينة البحث من المعوقين ان نسبة الذكور ، منهم بلغت ٦٢ ٪ ، أما الإناث فهي ٣٨ ٪ ، كما يشير الي ذلك (جدول رقم (١) للمعوقين) . وأن كانت طبيعة هذه النسبة لا تمثل دلالات جوهرية لطبيعة البحث ، أو مقدار تفوق نسبة المعاقين من الذكور علي الإناث ، خاصة لتعذر وجود أي بيانات كافية عن السلطنة ، من الناحية الإحصائية^(٢) العامة للسكان أو بالنسبة للمعاقين .

ولكن يجب ان نشير الي حقيقة هامة ، بالنسبة لتباين نسبة الاعاقة بين الجنسين وتزايد معدلات الاعاقة بين الذكور عن الإناث ، ولقد بلغت هذه النسبة تقريبا الضعف في مستشفى (ابن سينا) للأمراض العقلية والنفسية ليس فقط علي مستوى افراد العينة ، ولكن علي مستوى الحالات المرضية العامة ، والمتردة علي هذه المستشفى في السنوات الأخيرة^(٣) . حقيقة ان تلك المؤشرات ترتبط بالطبع بالعديد من العوامل المتداخلة في تفسير حدوث الاعاقة ، وبالرغم من ذلك . يعكس في الوقت ذاته ، عن مقدار الاتزان الانفعالي والعقلي والنفسي بالنسبة للإناث عن الذكور ، حيث ارتفعت نسبة المعاقين نفسيا وعقليا بينهم ، بالنسبة للإناث ، وذلك حسب ما كشفت عنه الإحصاءات العامة ونسب الاعاقة بين الجنسين .

أما من ناحية طليعية توزيع مفردات العينة للمعوقين ، حسب الفئات العمرية المختلفة فهي علي النحو التالي ، كما يشير إليها (جدول رقم (٢) للمعوقين) :

(١) أقل من ٥ سنوات ، بلغت نسبتهم ٦٦ ٪ ، (٢) ١٠/٥ سنة ٧٢ ٪ ، (٣) ١٥/١٠ سنة ٢٦ ٪ ، (٤) ١٥ / ٢٠ سنة ٢٤ ٪ ، (٥) ٢٠ / ٢٥ سنة ١٠٨ ٪ ، وأخيراً (٦) ٢٥ سنة فأكثر ٢٥ ٪ . ومن الملاحظ علي هذه النسب ، ان نسب الاعاقة تتركز في الفئات العمرية ١٥/١٠ سنة و ١٥ / ٢٠ سنة ، حيث تبلغ مجموع نسبتها ٥١ ٪ أي نصف عينة البحث من المعوقين-تقريباً . كما بلغت نسبة الفئة الأخيرة ٢٥ سنة فأكثر ٢٥ ٪ . أما نصيب الفئات العمرية الأولى والثانية ، من عشر سنوات فأقل ، فهي ضئيلة جداً نظراً لطبيعة العينة المتعلقة بالمؤسسات ، وفي حقيقة الأمر ، ان مؤشرات النسب السابقة توضح بعض الحقائق الهامة ، والتي كشفت عنها مقابلات الباحث المفتوحة مع العاملين وزيارته لمؤسسات رعاية المعوقين وهي :

١ - مازالت مؤسسات رعاية المعوقين بالسلطنة ، تقتصر خدماتها علي سن معين وخاصة في قطاع المدارس النوعية الخاصة ، ومراكز التأهيل ، ومعظم هذه المؤسسات لا تسمح بقبول فئات عمرية أقل من ٨ / ١٠ سنوات .

٢ - توجد بعض مراكز المعوقين وخاصة الأهلية التي تقبل فئات عمرية متغيرة ولكنها لم تستطع قبول الاعداد المتزايدة ، عليها نظراً لزيادة المعوقين ، وعدم وجود أماكن أو رعاية كافية ، بهذه المؤسسات . وهذا ما تعكسه بالفعل طبيعة الهرم السكاني في دول الخليج حيث ترتفع معدلات الإعاقة بين الأطفال الأقل من ١٥ عاماً .

ثانياً : هيئة العاملين والمسؤولين :

تشير طبيعة التركيب النوعي لهذه العينة ، ان نسبة الإناث تمثل ٧٥ ٪ ،

بينما الذكور ٧٢ ٪ من اجمالي حجم العينة ، وهذا يعكس طبيعة خدمات الرعاية التي تقدمها مؤسسات المعوقين ، سواء اكانت في مجال قطاع المدراس او المراكز او المستشفيات . فلقد تقدمت بصفة عامة ، نسب الاناث عن الذكور سواء علي مستوي العينة ككل ، او علي مستوي القطاعات الثلاث السابقة . كما يشير الي ذلك (جدول رقم (١) للعاملين) .

وهذا يوضح ، طبيعة عمل المرأة أكثر منه بالنسبة للرجال ، في مجال رعاية المعوقين ، والقيام بالنواحي التعليمية ، والتأهيلية والعلاجية (التمريضية) . وهذا ما يلاحظ بالفعل بالنسبة لمراكز رعاية المعوقين الأهلية والخيرية ، والتي يقتصر فيها طريقة العمل علي فئة (الاناث) فقط ، نظراً لطبيعة العمل الاجتماعي والخيري في قطاع المعوقين في مجتمعات العالم النامي ، وما تفرضه ظروف بعض المجتمعات علي طبيعة العمل في هذا المجال .

اما بالنسبة لطبيعة التوزيع العمري لمفردات عينة العاملين (انظر جدول رقم (٢) للعاملين) . فنجد ان أكثر من ٦٠ ٪ من حجم العينة ، يتركز في الفئتين ، ٢٠ / ٣٠ سنة . ٤٠ / ٣٠ سنة ولكن نلاحظ في نفس الوقت ، عن وجود نسبة ٩٣ ٪ من اجمالي حجم العينة للفئة العمرية أقل من ٢٠ سنة . وتتركز هذه الفئة بصفة خاصة في قطاع المراكز وهي بيدي ، وصلالة ، وجمعية المرأة العمانية ، حيث يشارك فيها نسبة الفتيات المتطوعات صغيرات السن ، نسبة كبيرة من اجمالي عدد العاملين بها . وهذا بالفعل ملاحظة الباحث ، أثناء اجراء الدراسة الميدانية ، مما يعكس بادرة خير ، لزيادة الوعي الاجتماعي خاصة عند الشباب ، لرعاية ومساعدة المعوقين ، وخاصة في القطاعات الأهلية والخيرية .

(ب) طبيعة الموطن الاصلي :

أولاً : عينة المعوقين :

تعكس طبيعة الموطن الأصلي لبيئة المعوقين الكثير من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية الهامة ، التي توضح نوعية افراد هذه الفئة . وتظهر التحليلات الأحصائية للدراسة (انظر جدول رقم (٢) المعوقين) ، ان قطاعاً كبيراً من المعوقين ، جاء من مناطق ريفية وبلدية ، حيث بلغت نسبتهم ٦٤ ٪ ، بينما اشارت ٣٥٢٪ من اجابات المعوقين انهم ينتمون الي المناطق الحضرية . وهذا يكشف عن طبيعة التباين بين المناطق الريفية / البدوية والحضرية ، وأثر الموطن أو الإقامة ، علي زيادة معدلات الاعاقة خاصة في المناطق الأولى ، التي يوجد بها الكثير من العوامل المسببة لرفع هذه المعدلات ، منها انخفاض المستوى الاقتصادي ، وعلاقة بأمراض سوء التغذية ، والرعاية الصحية ، وقلة الوقاية من الأمراض المعدية ، وانتشار نسبة زواج الأقارب وغيرها (وهذا ما سوف نشير اليه فيما بعد) .

وفي حقيقة الأمر ، ان نتائج هذه الدراسة تؤكد بعض الدراسات الأخرى ، التي أجريت علي المعوقين في بعض الدول العربية الأخرى ، حيث تشير نتائج احدي الدراسات التي أجريت في سوريا (٤) ، وعبرت تقريباً عن نفس النتائج السابقة ، حيث اشارت ان نسبة الاعاقة في الريف بلغت ٦٤ ٪ في مقابل ٢٤ فقط في الحضر . وهذا يعكس طبيعة البناء الاجتماعي ، والبيئة الايكولوجية ، وتباين نمط الحياة الاجتماعية ، وظروف العمل والانتاج ، والقيم والعادات والتقاليد وعلاقتها بنسبة الاعاقة والمرضى .

وتشير نتائج احدي دراستنا السابقة علي عدد من مستشفيات الأطفال بمدينة الاسكندرية (٥) ، ان نسبة كبيرة من المترددين والمرضى اللذين يلتحقون بهذه المستشفيات العلاجية ، قدموا من مناطق ريفية أو شبه ريفية ، وبلغ نسبتهم ٧٠٪ ، بينما كان ٣٠ ٪ فقط من المرضى يقيمون في مناطق حضرية - وهذا يعبر بوضوح ، عن العلاقة بين طبيعة الحياة الاجتماعية ، والبناء الاجتماعي ، وعلاقتها بالمرض عموماً ، وطبيعة الوعي الصحي وخطورت الإصابة . كما يكشف متغير الإقامة عن

علاقة بالعديد من المتغيرات الأخرى ، والتي تتداخل معه ، مثل التعليم ، والمهنة ، والدخل ، وحجم الأسرة ، ونوعية السكن وغير ذلك من المتغيرات ، التي تعكس نوعية الظروف المعيشية والاقتصادية للمريض وأسرته وبيئة الاجتماعية .

ثانياً : عينة العاملين والمسؤولين :

تعكس طبيعة الموطن الأصلي للعاملين بعض المؤشرات الهامة ، التي توضح مدى توافر الكوادر المتخصصة المحلية ، في مجال رعاية المعوقين ، خاصة وان السلطنة تسمي الي التخطيط لإنشاء العديد من المراكز الأخرى ، والتي تحتاج بالفعل للمزيد من القوي العاملة المدربة . وربما يوضح (جدول رقم (٤) للعاملين) من أن نسبة العمانيين من عينة البحث بلغت ٦٧ ٦٠ ٪ ، والعمالة العربية ٣٢ ٪ ، والأجنبية ٣٣ ٧ ٪ ، وهذا يعتبر مؤشراً علي وجود نسبة كبيرة من العمالة الوطنية في هذا القطاع . إلا أن غالبية التخصصات الفنية التي تقوم بعملية رعاية وتأهيل وعلاج المعوقين ، جاءت من نصيب العمالة الوافدة . وهذا ، يظهر بوضوح في قطاع المدراس أو التربية الخاصة ، حيث لا تمثل نسبة العمانيين إلا ٣٣ ٥ ٪ حيث العمالة العربية بلغت ٧٤ ٢٤ ٪ من اجمالي حجم العينة ككل .

عموماً وحسب ما تؤكدته المعطيات الاحصائية والملاحظة المباشرة والميدانية لمؤسسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين ، والتي يعايشها الباحث طيلة الأربعة أعوام السابقة من خلال اشراف الباحث علي برامج الزيارات الميدانية لمؤسسات العمل الاجتماعي بقسم الاجتماع بجامعة السلطان قابوس . ان قطاع التعليم أو التربية الخاصة ، يحتاج الي المزيد من الكوادر العمانية ، وهذا ينطبق أيضاً بالنسبة لقطاع المستشفيات والمراكز التأهيلية الأخرى . فما زالت الحاجة ماسة الي توجيه مؤسسات التعليم ، الي تخريج بعض التخصصات المؤهلة في مجال رعاية المعوقين ، وخاصة المدرسين ومدربي التأهيل والعلاج الطبيعي وغير ذلك من ميئات ترفيهية ومساعدة أخرى . وهذا ما سوف نشير اليه لاحقا تحليل أهم الصعوبات التي

تواعة مؤسسات رعاية المعوقين .

(ج) خصائص الحالة الاجتماعية والتعليمية والمهنية:

أولاً: عينة المعوقين :

توضح الحالة الاجتماعية للمعوقين عن بعض المعالجات الهامة ، التي توضح مدى العلاقة بين الاعاقة وطبيعة العمر الزمني للمعاقين ، ونوعية الحياة الاجتماعية التي يعيشون فيها . فكما يشير (جدول رقم ٤) للمعوقين () ، ان الغالبية منهم ٧٦٤٪ ينتمون الى الحالة الاجتماعية (أعزب) ، مقابل ١٨٪ متزوج ، في حين اشارت نسب الأرامل والمطلقين الى (٢٪ ، و ٢٢٪ علي التوالي) . وهذا يعكس بوضوح ، ان الغالبية العظمي من المعوقين في مراحل عمرية صغيرة كما أشرنا الى ذلك من قبل ، كما يعبر عن طبيعة الهرم السكاني ، ونوعية الاعاقة بين الفئات العمرية الصغيرة . علاوة علي ذلك ، ان معظم مؤسسات ومدارس رعاية المعوقين تقبل الفئات العمرية صغيرة السن ، وخاصة ما بين ١٠ - ٢٥ عاماً .

ومن ناحية أخرى ، كشفت نتائج مقابلات الدراسة الحرة مع أعاملين والمرضى في بعض مؤسسات رعاية المعوقين ، وخاصة في قطاع المستشفيات ، ان حالات العجز والاصابة أو التخلف العقلي والنفسي المزمنة أو شبة المزمنة ، كانت لها تأثير كبير علي طبيعة الحالة الاجتماعية ، وحدث كثير من أنواع الطلاق والتفكك الأسري نتيجة هذه الأمراض . حيث ، أثرت بالفعل الحالة المرضية والنفسية علي كثير ممن كانوا يعيشون حالة اجتماعية أو زواجية مستقرة .

كما ترتبط طبيعة الاعاقة بالمستوي التعليمي للمعوقين ، فكما يشير (جدول رقم ٥) للمعوقين () ، الي أن أكثر من ٢٥٪ من عينة البحث ، كانت من الأميين أو شبة الأميين (فنه يقرأ فقط) ، في حين بلغت نسبة من يقرأ ويكتب ١١٪ ، ومن هم في المرحلة الابتدائية ٢٧٪ ، والذين حصلوا علي تعليم اعدادي عام أو

فني ٢٢ ٪ . في حين اشار ٢ ٪ فقط ، انهم حصلوا علي شهادة الثانوية ، كما جاءت (حالة واحدة) فقط لتمثل المرحلة الجامعية . وربما نلاحظ ، تزايد نسبة الأميين خاصة في قطاع المستشفيات ، حيث تمثل نسبة كبيرة منهم في مستشفى ابن سينا ٢٦ ٪ . أما بقية المدارس والمراكز التأهيلية ، فالتها تهتم بعملية التعليم كجزء اساسي من عملية التأهيل المهني بصفة خاصة . وان كانت توجد بعض حالات الأميين في بعض المراكز التأهيلية ، خاصة وان طبيعية هذه المراكز تقبل فئات عمرية صغيرة السن ، ولم تصل بعد الي بداية مرحلة التعليم الأساسي .

وعلي أيه حال ، كما اشارت بعض النسب السابقة ، عن وجود علاقة عكسية بين الاعاقة ومستوي التعليم ، وهذا ما ظهر بوضوح في قطاع المستشفيات ويعكس طبيعة الوعي الصحي ومدى تأثيره علي حدوث الاعاقة أو الوقاية والعلاج منها . وان كانت هناك مجموعة من العوامل الأخرى ، التي تسهم في حدوث حالات الاعاقة الموجودة ، ولا ترجع أسباب حدوثها الي المرضي المعوقين انفسهم بقدر ما ترجع الي العوامل الوراثية والخلقية الأخرى ، والتي يكون مصدرها الأسرة أو المجتمع ككل ، فليس المعاق نفسه المسئول الوحيد عن اعاقة ، وهذا ما سوف نتناوله تباعاً عند تفسير أسباب حدوث الاعاقة .

ثانياً : هيئة العاملين :

توضح نوعية الحالة التعليمية للعاملين عن بعض الملاحظات الهامة ، التي تتعلق بالكوادر الفنية والمهنية التي تقوم بعمليات التأهيل والرعاية المتعددة للمعوقين . وكما يشير إلي ذلك (جدول رقم ٥) للعاملين ، ان نسبة ٣ ١٥ ٪ من اجمالي حجم العينة حصلوا علي شهادات أقل من المتوسط ، وجاءت معظم حالات تلك النسبة في قطاع المراكز الأهلية (بحد ٣ ٥ ٪ ، ومضلة ٣ ٧ ٪) . بينما بلغ نسب من حصلوا علي بعلوم متوسط ٦٧ ١٠ ٪ ، وشهادات فوق المتوسط ٧ ٤٤ ٪ ، وشهادات جامعية ٢٦ ٪ . وملاحظات ما بعد الجامعة ٣٣ ٣ ٪ .

وفي الواقع ، تعكس هذه النسب بعض الدلالات الهامة ، لنوعية عينة البحث من العاملين حيث نلاحظ ان نسبة من لديهم شهادات أقل من المتوسط تركزت في القطاع الاهلي التطوعي خاصة في المناطق الريفية مثل مركز (بدبد) . وهذا لا يؤثر علي نوعية الخدمات ، التي تقوم بتقديمها بعض المتطوعات من رعاية بسيطة ومساعدة للمعوقين . كما نلاحظ ارتفاع مستوي التعليم بصورة عامة ، حيث أشارت الغالبية العظمي ٨٥ ٪ أنها حصلت علي شهادات لا تقل عن الدبلوم المتوسط ، وهذا ما يعزز العمل المهني والمستوي التعليمي المطلوب للمعوقين . ولكن هذا أيضاً يتطلب بالطبع ، الي نوعية الخبرة ، وطبيعة المهن والتخصصات المؤهلة والمدرية ، والأعداد النفسية والتأهيلي للعمل في مجال المعوقين وهذا ما سعت الدارسة الي الكشف عنه بالفعل ، وسوف نشير اليه .

أما من ناحية طبيعة المستوي المهني لدي عينة البحث من العاملين والمسؤولين، والذي يشير اليها (جدول رقم ٦) للعاملين) . نجد انها تقسم الي عدة مستويات مهنية وهي :-

(١) الادارة العليا والمتوسطة ، حيث شملت العينة ٣٢ ٪ من أصحاب الوظائف الادارية العليا في حين مثلت المهن الادارية المتوسطة ٦ ٪ .

(٢) التخصصات المهنية ، والتي تتدرج تحتها مجموعة من المهن وتشمل ، أخصائيو الخدمة الاجتماعية ٣٩ ٪ ، والخدمات النفسية ٧٢ ٪ ، والخدمات الطبيعية والعلاجية (أطباء وهيئة تمريض) ٣٢ ٪ علاج طبيعي ٣٣ ٪ . تأهيل مهني ٣٢ ٪ ، تأهيل تربوي ٧٢ ٪ .

(٣) الخدمات المساعدة ، والتي شملت علي مهن الخدمات العامة ، ونسبتها ٣٣ ٪ ، والتشغيل والمتابعة ١ ٪ (حالة واحدة فقط) .

ويلاحظ عن هذه النسبة السابقة ، لطبيعة المهن الادارية والتخصصية

والمساعدة التي تقوم بتقييم الرعاية في مؤسسات المعوقين التي خضعت للدراسة الميدانية انها :-

أولاً : تعكس طبيعة المؤسسات والمراكز التأهيلية للمعوقين ، حيث مثلت الخدمات الطبية والتمريضية ٢١,٣ ٪ ، والتأهيلية التربوية ٢١,٤ ٪ ، والتأهيلية المهنية ٣٣,٩ ٪ .

ثانياً : ان بعض الخدمات المهنية الهامة ، والتي تدخل ضمن عمليات التأهيل الأساسية لم تتوافر بالفعل ، مثل خدمات الخدمة الاجتماعية ، والخدمة النفسية ، حيث اقتصر عدد الحالات الموجودة في العشر مؤسسات التي أجريت عليها الدراسة الي (أربعة حالات فقط) في الفئة الأخيرة . ولا توجد في مستشفى ابن سينا للأمراض النفسية والعقلية الا اخصائية نفسية واحدة فقط ، وتقوم بالأعمال الاجتماعية ، ولا يوجد أي أثر للجوانب النفسية علي الاطلاق ، كما لاحظ ذلك الباحث أثناء مقابلة الميدانية .

ثالثاً : هناك خدمات أخرى هامة لا توجد علي الاطلاق ، مثل الخدمات الرياضية والترفيهية في جميع مؤسسات الدراسة . ولا يوجد أي اهتمام لخدمات التشغيل والمتابعة ، والتي تعتبر من أهم عمليات تقييم نتائج التأهيل ، والحرص علي تشغيل الخريجين من المعوقين في مؤسسات العمل المختلفة .

علاوة علي ذلك ، كشفت مقابلة الباحث مع العاملين في المؤسسات والمراكز ، التي أجريت عليها الدراسة ، ان هناك قصوراً واضحاً في التخصصات المهنية والفنية ، التي تخدم عمليات التأهيل الشامل سواء في المراكز التأهيلية ، أو في المستشفيات مثل المدربين وأخصائيو التأهيل المهني ، والعلاج الطبيعي ، كما يوجد قصور في الخدمات الطبيعية والعلاجية الأخرى ، التي تشرف علي رعاية المرضى والمعوقين ، في صورة المؤسسات وهذا ما سوف نعالجه فيما بعد بصورة أكثر

تحليلاً ، في ضوء نتائج الدراسة الميدانية ، حول أهم المشكلات التي تواجه هذه المؤسسات .

وفي حقيقة الأمر ، هناك مجموعة من المتغيرات الأخرى التي تسهم في عمليات التأهيل ، بالإضافة الي توافر التخصصات المهنية والفنية في مؤسسات رعاية المعوقين ، ومن أهم هذه المتغيرات الخبرة ، والرغبة في العمل مع المعوقين ، والحصول علي الدورات التدريبية ، وتحمل المسؤولية ، وغير ذلك من متغيرات أخرى سوف نكشف عنها بالمزيد من التحليل عند دراسة طبيعة الأداء الوظيفي والمهني للعاملين .

٢- أسباب حدوث الاعاقة وعلاقتها بالبيئة الاجتماعية والسلوكية للمعوقين :

ارتبطت تحليلات علماء الاجتماع بدراسة المشاكل الاجتماعية في المجتمع الحديث ومعرفة الأسباب التي أدت الي تفاقم هذه المشكلات ، ومدي انعكاساتها علي كل من الفرد والمجتمع . كما جات بعض هذه التحليلات لتعبر بوضوح عن أهمية توجيه السياسات الاجتماعية ، نحو تحديد الجذور الاساسية لحدوث المشكلات في المجتمع ، وهذا ما عبر عنه أصحاب مدخل الإصلاح الاجتماعي أو ما يعرف بالهندسة الاجتماعية Social Engineering ، ومحاولتهم لعرض بعض السياسات السريعة أو قصيرة الأجل للتخفيف من حدة هذه المشكلات . كما أكت العديد من التصورات والمنظورات السوسيولوجية الأخرى ، بضرورة النظر الي الرعاية الاجتماعية ، واعتبارها حق من حقوق المواطنة Citizenship Rights ، التي يجب أن يتمتع بها اصحاب الفئات الاجتماعية غير القادرة مثل المعوقين ، وكنوع من المساواة بين الفئات الاجتماعية . كما جات اراء علماء الاتجاه الوظيفي نحو سياسات الرعاية الاجتماعية ، في ضوء نظرتهم بعلاقة هذه السياسات بطبيعة البناء والنظم الاجتماعية ، والدور الذي يمكن ان تقوم به للحد من الخلل الوظيفي Dys Funcatiani ، والآثار السلبية الناتجة، عن حدوث المشكلات الاجتماعية

والتصدعات التي أصابت المجتمع الحديث ، نتيجة لعمليات التحول والتغير الاجتماعي السريع (١) .

وفي حقيقة الأمر ، ان حدوث المشكلات الاجتماعية ، تعتبر شيئاً مرضياً أو غير طبيعياً في المجتمع ، ولكن قد يتصور البعض ان ظهور هذه المشكلات ، تعتبر أمراً طبيعياً وجاء نتيجة عمليات التحول وانتقال المجتمعات من المراحل التقليدية ، الى المرحلة الحديثة أو المعقدة . وهذا بالفعل ما اشار اليه اميل دوركايم ، وميرتون ، وغيرهم ، حيث تصوروا انه خلال عمليات تحول المجتمع من المجتمعات الالية ، الى المجتمعات العضوية ، سوف تظهر الكثير من المشكلات أو الأمراض الاجتماعية ، ولكن لا بد من وجود سياسات بديله للحد من هذه المشكلات ، والعمل على استحداث مؤسسات اجتماعية ، باعتبارها من أهم المتطلبات الوظيفية الضرورية ، لتحقيق اهداف وقايات اجتماعية محددة ، حتي يحدث التوازن الاجتماعي بقدر الامكان . وهذا لن يتحقق الا في ضوء فاعلية سياسات تدخل الدولة نحو الاهتمام بعملية التنمية الاجتماعية .

وعلي أية حال ، وفي اطار تحليلنا لمشكلة المعوقين نسعي للتعرف علي أهم اسباب حدوث هذه المشكلة ، وما هي العوامل الاساسية التي تزيد من تفاقمها في المجتمع ؟ . حيث تتعدد طبيعة هذه الاسباب بين عوامل وراثية ، وأخرى اجتماعية ، ومرضيه وبيئية وحضارية متعددة . كما تعكس نوعية هذه الاسباب ، طبيعة الحياة الاجتماعية والظروف المعيشية ، والاقتصادية ، التي تؤثر علي زيادة معدلات الاعاقة . وسوف نحاول فيما يلي ان نشير الي أهم المؤثرات والمعالجات الاحصائية ، التي كشفت عنها الدراسة الميدانية ، موضحين أهم هذه الاسباب ، وعلاقتها بطبيعة البناء الاجتماعي والاسري للمعوقين في المجتمع العماني .

حاولت الدراسة ان تتعرف علي أهم الاسباب ، التي أدت الي حدوث الاعاقة بين أفراد عينة البحث من المعوقين ، فكتشفت عن النتائج التالية ، كما يوضح (جدول

رقم (٦) للمعوقين) . فلقد أشارت استجابات العينة الي ، نقص الوعي الصحي باعتباره من أهم اسباب حدوث الاعاقة وذلك بنسبة ٤٨ ٪ ، تليها في ذلك العوامل الوراثية ٣٩٢ ٪ ، ثم الاسباب المرضية ١٩ ٪ ، فالاسباب الخلقية ١٨ ٪ ، الحوادث وتشمل (حوادث الطرق والحوادث المنزلية والصناعية) بنسبة ١١ ٪ ، وشلل الاطفال ١٢ ٪ ، ويشارك كل من الامراض المزمنة ، والعلاج الطبي الخاطيء لكل منها ٧٢ ٪ ، ثم عدم التطعيم بنسبة ٦ ٪ ، والعلاج الشعبي ٢٦ ٪ ، وأخيراً سوء التغذية ١٢ ٪ .

وفي الواقع ، لقد حرصت الدراسة علي عقد مقارنات بين اراء المعوقين والعاملين ، في مجال معرفة اسباب الاعاقات وتقييم مؤسسات الرعاية وعمليات التأهيل ، ويعد ذلك أحد الابعاد الهامة ، التي تعكس العديد من المؤشرات التحليلية ، وتحقيق اهداف الدراسة المختلفة . وقد طرحت الدراسة سؤالاً علي العاملين يتعرف علي وجهات نظرهم ، حول أهم اسباب الاعاقة الموجودة في المجتمع من واقع خبراتهم العملية في مجال رعاية المعوقين ، حيث كشفت عن الاتي ، كما اشار الي ذلك (جدول رقم (١٨) للعاملين) :

اشارت اتجاهاً العاملين الي ان زواج الاقارب ، يعد أهم الاسباب الرئيسية لحدوث الاعاقة في السلطنة ، وذلك بنسبة ٩٨ ٪ ، فنقص رعاية العوامل ٩٦ ٪ ، والامساك ٣ ٩٥ ٪ ، وعدم تطعيم الأطفال ٧ ٨٨ ٪ ، ونقص الرعاية البورية للأطفال ٧ ٨٩ ٪ ، والتشخيص الطبي الخاطيء ٧ ٨٢ ٪ وحوادث المرور ٨٢ ٪ ، ونقص الوعي الصحي ٧ ٨٠ ٪ ، وسوء التغذية ٨٠ ٪ ، تناول أدوية خطأ ٣ ٧٥ ٪ ، والظروف الاقتصادية ٧٢ ٪ ، وكل من نقص الرعاية الاجتماعية ، والرعاية الصحية ٧ ٦٨ ٪ ، والامية والجهل ٧ ٦٦ ٪ ، وتقصير وسائل الاعلام ٧ ٦٤ ٪ ، وحالات التسمم ٧ ٤٦ ٪ ، ونقص الأمن الصناعي ٢ ٢٧ ٪ ، وكثره عدد الاطفال ٢٤ ٪ ، وارتفاع معدلات الطلاق ٧ ٢٨ ٪ ، تعدد الزوجات ٣ ١٩ ٪ ،

والسحر ومس الجن ١٨ ٪ ، والصعد ١٦ ٪ ، والتلوث البيئي ٨ ٪ ، وأخيراً المشاجرات والخلافات ٢ ٪ .

وعلى أية حال ، قد نلاحظ بعض المؤشرات الهامة ، التي تكشف عن تقارب وجهات نظر العاملين في مجال مؤسسات المعوقين ، عن أسباب حدوث الاعاقة ، وأراء عينة البحث من المعوقين أنفسهم ، ومن أهم هذه الملاحظات ما يلي :-

(١) يعتبر سبب زواج الأقارب ، من أهم الأسباب التي تؤدي الي حدوث الاعاقة . وهذا يعكس طبيعة العادات والتقاليد ونظم الزواج ، ونوعية البيئة الاجتماعية . ويشكل ذلك السبب جزءاً كبيراً من الاسباب الوراثية ، التي تؤدي الي حدوث الاعاقة (هذا ما سوف نلقي عليه الضوء فيما بعد لأهميته) .

(٢) جاءت أسباب مثل الأمية والجهل ، ونقص الوعي الصحي ، وعدم تنظيم الأطفال والعلاج الطبي الخاطيء ، من أهم الأسباب التي تؤدي الي حدوث الاعاقة بصفة عامة . كما تؤثر هذه الأسباب ، في حدوث ما يعرف بالعوامل الضلعية والمرضية ، التي تزيد من معدلات الاعاقة .

(٣) جاءت الحوادث ، من أهم الاسباب أيضاً التي تسهم في حدوث الاعاقات ، خاصة حوادث الطرق والمروء ، والتي ترتفع معدلاتها في السلطنة كمثيلتها من الدول الخليجية الأخرى .

وتفيد مقابلات الباحث سواء مع العاملين أو المسؤولين عن المروء بالسلطنة ، ان يوجد تزايد مستمر في معدلات حوادث المروء ، وكما كشفت الاحصاءات الرسمية لحوادث المروء لعام ١٩٨٩ انها بلغت ° ١١٣٥٥ حادثة ، وعدد المصابين ° ٤٣٨٩ مصابا ، و ° ٣٧٥ حالة وفاة (٧) كما تشير احصاءات عام (١٩٩١) ، الي حدوث (٣٦) حادثة لكل ٢٤ ساعة ، وينتج عنها وفاة شخص ، وإصابة (١٥) فرد بإصابات مختلفة . وتعتبر هذه المؤشرات من أعلي مؤشرات حوادث المروء في

أما عن أنواع الاعاقات الموجودة بين فئات المعوقين في السلطنة ، والتي اشارت اليها عينة البحث من المعوقين فانها تتركز في الاعاقات التالية :

(١) الاعاقات المركبة بنسبة ٢٧ ٪ ، (٢) الاعاقات الحسية ٢٢ ٪ ، (٣) الاعاقات العقلية ٤٢ ٪ ، (٤) الاعاقات النفسية ٣٦ ٪ ، (٥) اعاقات متعددة ٢٠ ٪ . (انظر جدول رقم (٧) للمعوقين) . كما سعت الدراسة الي معرفة اعمار المعوقين عند حدوث الاعاقة ، كما جاءت آراء عينة البحث كما يلي : منذ الولادة ٣٦ ٪ ، أقل من ٥ سنوات ٢٧ ٪ ، من ٥ / ١٠ سنوات ١٠ ٪ ، ١٠ / ١٥ سنة ٨ ٪ ، ١٥ / ٢٠ سنة ٢ ٪ ، ٢٠ / ٢٥ سنة ٤ ٪ ، وأخيراً ٢٥ سنة فأكثر ١١ ٪ (انظر جدول رقم (٨) للمعوقين) .

ويظهر من خلال النسب السابقة ، عدة ملاحظات تشير اليها بإيجاز :-

(١) ان أكثر أنواع الاعاقات الموجودة ، وهي الاعاقات العقلية والتي بلغت نسبتها بين أفراد عينة البحث ٤٠ ٪ ، ويشمل ذلك أفراد العينة من الدراسة الفكرية ومعوقي الأمراض العقلية والنفسية بمستشفى ابن سينا ، بالإضافة الي بعض الحالات الأخرى في المراكز الأهلية .

(٢) جاءت الاعاقات الحركية والحسية ، لتشير الي نسبة كبيرة من اجمالي نسب الاعاقات وهي بنسب (٢٧ ٪ ، و ٢٢ ٪ علي التوالي) ، وهذا ما أيدته مؤشرات الدراسة حول أسباب حدوث الاعاقات مثل الشلل ، وقلة التعليم ، ونقص الوعي الصحي ، والرعاية الصحية للعوامل وغيرها .

(٣) تكشف فترة حدوث الاعاقة عن مؤشرات هامة جداً وعلاقتها بزيادة نسبة الاعاقة بصورة عامة . فلقد اشارت بعض أفراد عينة البحث ان اصاباتهم جاءت خلال فترة الحمل أو بعد الولادة مباشرة وذلك بنسبة ٣٦ ٪ ، أو أكثر

من ثلث حجم العينة ، وهذا يدل على وجود معدلات كبيرة للأسباب الخلقية والمرضية معا ، وقلة رعاية الحوامل ، أو الكشف الطبي المستمر أثناء فترات الحمل ، أو تناول أدوية خاطئة أو علاج طبي خاطيء وغير ذلك .

(٤) جاءت نسبة الأطفال الأقل من ١٥ سنة ، لتمثل نسبة كبيرة جداً من حجم العينة ، وعمر حدوث الاعاقة لديهم حيث بلغت ٦٤ ٪ ، وهي نسبة تقارب نصف حجم العينة من المعوقين . وهذا يكشف طبيعة الهرم السكاني في دول الخليج ، والتي اشرنا اليها سابقا ، حيث تؤكد نتائج الدراسة الحالية ، بعض المعطيات الاحصائية عن نسبة الاعاقة بين الأطفال الأقل من ١٥ سنة ، الي ٤٠ - ٤٥ ٪ من اجمالي حجم المعوقين من السكان .

ونظراً لأهمية ، سبب زواج الأقارب وعلاقته بحدوث الاعاقة واعتباره من أهم الاسباب ، التي تشكل مجموعة العوامل الوراثية وتؤدي الي زيادة الاعاقة ، ركزت الدراسة الي معرفة بعض الشواهد الواقعية من خلال مؤشرات النتائج الميدانية والتي كشفت عنها بالفعل فبسؤال الدراسة عن درجات القرابة بين الوالدين لأسر عينة البحث من المعوقين فجاءت استجاباتهم كما اشار اليها (جدول رقم ٩) للمعوقين) . ٣٦ ٪ وضحت ان درجة القرابة (قرابة أولي) أبناء العم والخال ، ١٢ ٪ قرابة بعيدة من نفس العائلة ، ١٩ ٪ قرابة من نفس القبيلة فقط ، في مقابل ٣١ ٪ اشار بأنه لا يوجد أي نوع من القرابة بين الوالدين ومن ثم ، نجد ان أكثر من (ثلثي) أفراد عينة البحث للمعوقين بينهم صلات قرابة (٦٨ ٪) ، بينما اشار أقل من الثلث (٣١ ٪) . لا توجد صلات قرابة .

وفي اطار محاولة الدراسة للتعرف على مدى تعدد الاعاقات الموجودة داخل الاسرة الواحدة من عينة البحث ، اشارت ٢٦ ٪ من أفراد العينة بأنه توجد اعاقات أخرى بين أسرهم ، بينما اشار ٧٤ ٪ منهم بالسلب ، وعدم وجود أي أنواع من الاعاقات الأخرى . أما عن استجابات من لديهم اعاقات داخل الاسرة الواحدة

فجأت كما يلي : من لديهم إعاقة الي إعاقتين في الأسرة ٦ ١٩ ٪ ، و ٣ / ٤ إعاقات ٨ ٤ ٪ ، و ٥ إعاقات فأكثر ٤ ٢ ٪ ويمثلون ست حالات ، كما بلغ متوسط عدد الحالات للإعاقة في الأسرة الواحدة خمسة أفراد . (انظر جداول رقم (١٠) ، (١١) للمعوقين) .

وفي حقيقة الأمر ، لقد حرصت الدراسة لكشف الارتباط والعلاقة بين زواج الأقارب ، وتعدد حالات الإعاقة بينهم ، وأثر العوامل الوراثية في حدوث تلك الإعاقات . فمن ناحية العلاقات بين درجة القرابة وتعدد الإعاقات ، أشارت عينة البحث من لديهم إعاقات أخرى (٨٩ ٪) بأن توجد لديهم صلات قرابية ، في مقابل أشار (٩١ ٪) من أنه لا توجد صلات قرابة (انظر جدول رقم (١٢) للمعوقين) . كما توزعت عدد الإعاقات بين الفئات ، التي لديها صلات قرابية ويوجد بينها حالات إعاقة أخرى الي : (١) أبناء العم والخال ٥٠ ٪ ، ويصل عدد حالات الإعاقة بها بين إعاقة واحدة وخمس حالات إعاقة في نفس أفراد الأسرة الواحدة . (٢) قرابة من نفس العائلة ٣ ٢٠ ٪ ، (٣) قرابة من نفس القبيلة ٧ ١٨ ٪ .

ومن ناحية أخرى ، كشفت الدراسة عن الارتباط بين درجة القرابة بين أسر المعوقين والأسباب الوراثية التي أدت الي حدوث إعاقتهم كما يلي : (١) أبناء العم والخال ٧ ٣٧ ٪ ، (٢) قرابة من نفس العائلة ٧ ٢٠ ٪ (٣) قرابة من نفس القبيلة ١٧ ٪ . وتمثل جملة العلاقة أو الارتباط بين درجات القرابة وحدثت الإعاقات ، والسبب الوراثي أكثر من ثلاثة أرباع أو (٤ ٧٥ ٪) ، ممن حدثت إعاقتهم بسبب هذا العامل (الوراثي) ، في مقابل ذلك أشار فقط ٦ ٢٤ ٪ بأن لا توجد بينهم صلة قرابة وجاءت إعاقتهم نتيجة لنفس العامل . (انظر جدول رقم (١٣) للمعوقين) .

وعلي أي حال ، نعرض بعض الملاحظات علي المعطيات الإحصائية السابقة ، حول الإعاقة ودرجة القرابة ، والعامل الوراثي :

(١) ارتفعت نسبة الاعاقة بسبب زواج الأقارب ، ووصلت الي أكثر من ثلثي أفراد العينة من المعوقين .

(٢) ارتفعت نسبة الاعاقة وتعددت الاعاقات داخل أسر المعوقين بسبب زواج الأقارب ، وبلغت ٨٩ ٪ من حجم أفراد العينة الذين توجد بينهم اعاقات اسرية أخرى .

(٣) ارتفعت مؤشرات تعدد الاعاقات حتي ان وصلت الي (خمس حالات) في الأسرة الواحدة. كلما ازدادت درجة القرابة ، مثل أبناء العم والخال .

(٤) يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في حدوث الاعاقات ، خاصة بين أفراد العينة من نوبي الأقارب ، وبلغ نسبة هذا العامل في حدوث اعاقات هذه الفئة ٧٥ ٪ ، في مقابل ٢٤ ٪ لا توجد بينهم علاقات قرابية .

(٥) ارتبطت معدلات زيادة الاعاقة ارتباطاً طردياً ، نتيجة العامل الوراثي بدرجة أو شدة العلاقات القرابية بين أفراد عينة البحث ، حيث تظهر مرتفعة بين أفراد العم والخال ، وتقل معدلاتها نسبياً بين العلاقات الوراثية شبة البعيدة (من نفس القبيلة) وهي الواقع ، تعكس طبيعة البيئة الاجتماعية ونسق العادات والتقاليد دوراً هاماً ، في حدوث المشكلات الاجتماعية وزيادة تفاقمها في المجتمع ، وهذا ما يترتب عليه بالفعل اسباب زواج الأقارب ، وزيادة معدلات الاعاقة نتيجة للعوامل الوراثية ، ولقد كشفت أيضاً مقابلات الدراسة الحرة ، مع عدد من الأطباء في المستشفيات التي اجريت عليها الدراسة ، حول قضية المعوقين والعوامل الوراثية وزواج الأقارب ، فوجدنا علي سبيل المثال ، ان أمراض وراثية أخرى تسهم في زيادة معدلات الاعاقة، مثل أمراض الدم والتي تمثل ٣٠ - ٤٠ ٪ من نزلاء مرخصي المستشفى السلطاني فقط (١٠) .

وتوجد بعض نتائج الدراسات الأخرى ، التي أجريت في مجال المعوقين في الوطن العربي ، وتؤكد علي ما توصلت اليه الدراسة الحالية ، بخصوص العلاقة بين زواج الأقارب والعوامل الوراثية وحوادث الإعاقة . ففي إحدى الدراسات التي أجريت في سوريا علي عينة من المعوقين المكفوفين ، وجدت ان ٦٤ ٪ من افراد العينة ، حدثت اعاقتهم نتيجة لوجود العلاقات القرابية ، والاسباب الوراثية ، كما ان نسبة امصابة الأم أثناء الحمل بلغت ٤٥ ٪ لنفس الاسباب ، أما نسبة المكفوفين الذين اصابوا بالمرض بعد الولادة وكانت بينهم صلات قرابية بلغت ٦٣ ٪ من اجمالي حجم العينة ^(١١) وهذا يعكس بالطبع ، نوعية العلاقة القوية بين الاسباب الوراثية ، وزواج الأقارب وحوادث الإعاقة بين المعوقين بصفة عامة . ولكن نجد ان طبيعة دراستنا الحالية في سلطنة عمان ، تشير الي معدلات أعلى من نتائج هذه الدراسة السابقة ، حيث ترتفع هذه المعدلات بصورة أكثر كما أشرنا اليها من قبل ، نتيجة لدرجة العلاقات القرابية ونوعية البناء الاجتماعي ، والنسق القيمي والعادات والتقاليد .

وفي إطار تحليلنا لطبيعة العوامل المسببة لحوادث الإعاقة ، والكشف عن نوعية البناء الاجتماعي والقيمي ، الذي يحدد البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها المعوقين ، والتي تلعب دوراً هاماً في زيادة حجم المشكلة ، وإبعادها علي كل من المعوقين و المجتمع . حاولت الدراسة ان تتعرف علي المزيد من الحقائق ، حول زواج الأقارب وغيرها من العوامل الأخرى ، التي تشكل البيئة الاجتماعية والسلوكية ، والتي تؤثر علي مشكلة المعوقين وتفسير أبعادها المختلفة .

حيث اشارت استجابات المبحوثين من عينة المعوقين ، حول مدى اعتبار زواج الأقارب شيئاً عادياً وكتور من العادات والتقاليد ، التي توجد في مواطنهم الأصلية ، فجات معظم هذه الاستجابات بالإيجاب ٩٩ ٪ ، في مقابل اشارة (هاليتين) فقط بصورة سلبية وتمثل (٨ ٪) . أما عن أهم الاسباب التي تؤدي لحدوث زواج

الاقارب ، حسب استجابات المبحوثين فهي كما يلي : (١) العادات والتقاليد ٩٠ ٪ ، (٢) الميراث ٨٦ ٪ ، (٣) تبادل الزوجات ٨٢ ٪ ، (٤) قوة السلطة الأبوية ٧٤ ٪ ، (٥) زواج الاقارب غير مكلف ٧٠ ٪ ، (٦) المحافظة علي الروابط العائلية والقبلية ٥٩ ٪ ، (٧) زواج الاقارب أكثر استقرارا من انماط الزواج الأخرى ٢٨ ٪ ، (انظر جداول رقم (١٤) و (١٥) للمعوقين) .

كما حاولت الدراسة ، ان تتعرف علي المزيد من مكونات البيئة الاجتماعية والسلوكية ، والتي تؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة علي الاعاقة والمعوقين في المجتمع ، مثل مشكلة الزواج المبكر ، وأسبابها ، حيث اشارت استجابات المبحوثين الي أهم هذه الأسباب كما يلي : (١) انخفاض مستوى التعليم ٩٦ ٪ ، (٢) العادات والتقاليد ٨٨ ٪ ، (٣) الميراث ٨٢ ٪ ، (٤) انخفاض المستوى الاقتصادي ٧٢ ٪ ، (٥) كثرة عدد أفراد الأسرة ٥٦ ٪ ، (٦) الخوف من تأخير سن الزواج ٤٢ ٪ ، (٧) الأسباب الدينية ٣٦ ٪ ، وأخيراً تأثير سلطة الوالدين ٢٢ ٪ (انظر جدول رقم (١٦) للمعوقين) .

بالإضافة الي ذلك ، سعت الدراسة للكشف عن مشكلة تعدد الزوجات وأسبابها وعلاقتها بمشكلة الاعاقة ، أو العلاقة المتبادلة بين كل منها والأخرى . وكشفت استجابات المبحوثين حول سؤال الدراسة عما اذا كان المعاق أو والده متزوج من أكثر من زوجة ، فجاءت نسبة ٣١ ٪ منهم بالإيجاب ، في مقابل ٦٨ ٪ بالسلب وهي في الواقع نسبة كبيرة تعكس مدى وجود مشكلة تعدد الزوجات في المجتمع العماني ، والتي ترتبط بمجموعة من الأسباب التي عبرت عنها استجابات المعوقين علي النحو التالي : (١) عدم انجاب الزوجة الأولى ٩٤ ٪ ، (٢) انجاب طفل وأكثر معاق من الزوجة الأولى ٨٦ ٪ ، (٣) الرغبة في انجاب بنين ٨٤ ٪ ، (٤) مرض أو كبر سن الزوجة الأولى ٨٠ ٪ ، (٥) العلاقات القرابية ٧٣ ٪ ، (٦) ارتفاع المستوى الاقتصادي للزوج ٥٨ ٪ ، (٧) تعدد الزواج شيء

عادي ٣٨ ٪ ، (٨) بعد عمل الزوج عن سكن الأسرة ٤٩ ٪ ، وأخيراً (٩) ارتفاع معدلات الطلاق ١٢ ٪ (انتظر جداول رقم (١٧) و (١٨) للمعوقين) .

في الواقع ، تكشف هذه المعالجات الإحصائية . عن الكثير من المؤثرات الاجتماعية لطبيعة البناء الاجتماعي في سلطنة عمان ، وأسباب تعدد الزوجات ، وحدثت الزواج المبكر ، ومدى علاقة ذلك بمشكلة زيادة حجم المعوقين في المجتمع . ولقد كشفت الدراسة عن بعض أسباب حدوث وتعدد الزوجات أو الزواج المبكر ، ووجود بعض العوامل والمتغيرات ، التي ترتبط بالإعاقة سواء بالنسبة لتعدد الزوجات أو الآثار السلبية للزواج المبكر ، وحدثت نسبة كبيرة من وفيات الأطفال أو ولادتهم مبشرين (ناقص النمو) أو لديهم تخلف عقلي ، وما الي ذلك من مظاهر متعددة للإعاقة . وهذا ما تؤكد بالفعل نتائج احدي الدراسات التي اجريت في سلطنة عمان بواسطة هيئة اليونسكو (١٤) ، وكشفت عن بعض النتائج المتعلقة ، بأسباب وفيات الأطفال أو ولادتهم معاقين ، أو نتيجة لحدوث اسباب أخرى من الأمراض مثل الصفراء ، والحصبية ، والتيتانوس ، وأمراض الدم الناتجة عن سوء التغذية ، ونقص الوعي الصحي لدي الأمهات وقلة العناية بهم . كما اشارت الدراسة ايضا ، ان ٤٠ ٪ من الأمهات العوامل تعاني من الأنيميا ، مما يؤثر علي قلة وزن الجنين والولادة المبصرة والمعاقة . كما بينت الدراسة ، ان هناك معدلات قوية بين اصابة الأم بالمalaria أثناء الحمل ، وحدثت التخلف العقلي ، والاعاقات الجسمية الأخرى .

علاوة علي ذلك ، سعت الدراسة الي تحليل بعض جوانب من البيئة الاجتماعية ، التي تحيط بالمعوقين وتؤثر علي حالاتهم النفسية والاجتماعية ، وطبيعة عمليات التأهيل والاستعداد للتكيف مع مشكلاتهم : فلقد حاولت الدراسة ، ان تتعرف علي نمط الحياة الاجتماعية والظروف المعيشية والاقتصادية التي ترتبط بفتة المعوقين لما لها من العديد من الآثار والنتائج سواء علي حدوث الاعاقة أو تزايدها أو

درجة الاستعداد للتأهيل ، والتخوف من أثارها . ويكشف سؤال للدراسة عن حجم أسرة المعوقين وأعداد أفرادها عن بعض النسب التالية ، كما يوضح ذلك (جدول رقم (١٩) للمعوقين) : (١) أسر أقل من (٥) أفراد ١٦ ٪ ، (٢) أسر من ٥ / ١٠ أفراد ٥٨ ٪ ، (٣) أسر من ١٠ / ١٥ فرد ١٨ ٪ ، (٤) أسر من ١٥ فرد فأكثر ٦ ٪ .

وهذا يشير بوضوح ، الى ان نسبة كبيرة من أفراد عينة البحث من المعوقين ، جاءت من أسر كثيرة العدد أو تقسم بحجمها الكبير ، حيث اشارت أكثر من نصف العينة ، أنها من أسر تتراوح أعدادها بين (٥ - ١٠ أفراد) ، كما نجد ان الغالبية العظمى (٨٢ ٪) للعينة ، لا تقل أفراد أسرتها عن خمس أفراد ، في مقابل ١٦ ٪ فقط ، يعيشون في أسر يقل عددها عن هذا العدد فقط . وفي الحقيقة ، ان حجم الأسرة يؤثر علي الكثير من رعاية المعاق وتكاليف اعاشته وعلاجه .

وبالإضافة الي ذلك ، حاولت الدراسة ان تحدد قيمة الدخل الشهري لاسر المعوقين ، للتعرف علي الفئات أو المستويات الاجتماعية والاقتصادية التي تنتمي اليها هذه الفئة ، وما علاقاتها سواء بحدوث الاعاقة أو مقاومة أثارها واتخاذ طرق التأهيل أو العلاج اللازم لها . ولقد كشفت استجابات المبحوثين الي طبيعة دخلهم الشهري كما يشير الي ذلك (جدول رقم (٢٠) للمعوقين) : (١) أقل من ١٠٠ ريال ٤٦ ٪ ، (٢) من ١٠٠ / ٢٠٠ ريال ٤١ ٪ ، (٣) ٢٠٠ / ٤٠٠ ريال ٤٠ ٪ ، (٤) ٤٠٠ ريال فأكثر ٢٢ ٪ .

وفي حقيقة الأمر ، لقد جاءت معظم أفراد العينة من أسر ذات دخل محدود للغاية ، حيث اشار تقريبا ثلاثة ارباع المبحوثين أن دخلهم الشهري أقل من ٢٠٠ ريال شهرياً . كما اشارت نسبة ١٠ ٪ من العينة ان دخلها من ٢٠٠ / ٤٠٠ ريال ، وهذا يعتبر دخلاً محدداً ايضاً خاصة وان نفقات الاعاقة ، تكون مرتفعة جداً وتحتاج الخزينة من الأعباء الاقتصادية للأسرة . حقيقة ، ان المعوقين يتدبر

ببعض المساعدات الاجتماعية التي يتلقونها من وزارة الشؤون الاجتماعية ، الا اننا نرى ان اعباء الحياة الاجتماعية والاقتصادية تفرض الكثير من الضغط علي أسر المعوقين لاحتياجاتهم المتزايدة لمواجهة مشاكل الاعاقة . خاصة وان المؤسسات الموجودة حالياً ، لا تستطيع ان تستوعب كافة الاعاقات الموجودة ولا سيما من الأطفال صغار السن . أو الكبار ايضاً الذين لم يصلوا الي مرحلة التأهيل أو قد تخطروها بالفعل .

كما كشفت الدراسة عن نوعية السكن أو البيئة الفيزيكية الريفية التي يعيش فيها المعوقين ، ومدى تأثيرها علي الاعاقة وذويعيتها وطبيعة حجم الأسرة واحتياجات بقية أعضائها الآخرين ، ومدى انعكاس ذلك علي الجو النفسي والاجتماعي لهم بصفة عامة . حيث اشارت استجابات عينة البحث من المعوقين حول طبيعة السكن كما يلي : (١) سكن حديث مستقل ٢٤ ٪ ، (٢) سكن قديم مستقل ٢٠ ٪ ، (٣) سكن حديث مشترك ١٤ ٪ ، (٤) سكن قديم مشترك ١٥ ٪ . أما عن عدد غرف السكن ، فلقد اشارت اليها النسب التالية ، (١) أقل من ٣ غرف ٣٠ ٪ ، (٢) من ٣ / ٥ غرف ٥٢ ٪ ، (٣) ٦ / ٧ غرف ١٢ ٪ ، (٤) ٧ غرف فأكثر ٦ ٪ . (انظر جداول رقم (٢٠) و (٢١) للمعوقين) .

وعلي أية حال ، توجد بعض الملاحظات علي تلك النسب السابقة المتعلقة بطبيعة السكن والبيئة الريفية والمعيشية للمعوقين نوجزها كما يلي :

(١) اشارت أكثر من (ثلثي) العينة انها تسكن في مساكن قديمة مستقلة أو حديثة - قديمة مشتركة ، في مقابل ذلك اشار (الثلث) فقط انه يتمتع بسكن حديث مستقل .

(٢) عبرت نسب كبيره من استجابات العينة من المعوقين ، انها تعيش في أقل من ثلاثة غرف ونسبة (٣٠ ٪) ، أو هي ٣ / ٥ غرف ٥٢ ٪ . ويمثل مجموع

هاتين المجموعتين (٨٢ ٪) وهما الغالبية العظمى من أفراد العينة . في حين أشارت فئة (١٨ ٪) انها مسكن فقط ، ٦ غرف فأكثر .

(٣) قد يتصور البعض ان هذه النسب عالية ، وتتوافر غرف للمعوقين كافية ، ولكن تعد الظروف الفيزيائية والبيئية عاملاً هاماً في الجو النفسي للأسرة ، كما توجد الكثير من أنواع الاعاقات ، التي تحتاج الي بيئة فيزيقية واسعة ، وخاصة اصحاب الاعاقات الحركية . كما توجد هناك اعاقات أخرى مثل الاعاقات العقلية ، تحتاج احيانا الي غرف مستقلة مثل حالات الصرع وغيرها علي سبيل المثال .

وفي حقيقة الأمر ، لقد أهتم بعض علماء الاجتماع الطبي والنفسي الاجتماعي بدراسة العلاقة بين الظروف الفيزيكية أو البيئة الايكولوجية سواء في سكن الأسرة او في المستشفيات ، وبين تحقيق أهداف العلاج والاستشفاء للمرضي . فلقد اثبتت دراسة كل من وايم روسنجرن W . Rosengren ، وسبنسر ديفولت S. Devault علي احدى المستشفيات ، ان العلاقة بين الجو النفسي للمريض وطبيعة المكان الفيزيقي الذي يقيم فيه ، له دوراً كبيراً وإيجابياً في علاج المريض^(١٣).

وهكذا ، كما كشفت نتائج الدراسة ، ان هناك العديد من الاسباب التي تؤدي الي حدوث الاعاقة في المجتمع العماني ، مثل العوامل الخلقية والوراثية ، والمرضية ، والبيئية والاجتماعية الأخرى . وتمكس دراسة طبيعة البيئة البناء الاجتماعي ، الكثير من العوامل التي تؤثر في زيادة مشكلات الاعاقة والمعوقين ، وخاصة ما تقرضه البيئة الاجتماعية من عادات وتقاليد ، ولا سيما زواج الاقارب ، وأثارة المتنوعة علي زيادة المعوقين والأمراض الوراثية المتعددة . كما توضح طبيعة البيئة الاجتماعية ، مجموعة من الانماط السلوكية الأخرى ، والتي تتمثل في الزواج المبكر ، وتعدد الزوجات ، ومدى علاقاتهما بالاعاقة ، أو حدوثها بصورة مباشرة وغير

مباشرة . علاوة علي ذلك ، ان تحليل الظروف المعيشية والاقتصادية ، لها دوراً هاماً في الكشف عن مشكلات المعوقين ، واسباب حدوث الاعاقة ايضاً .

ومن ثم ، توخى نتائج الدراسة الحالية ، مدي العلاقة بين حدوث الاعاقة واسبابها ، ونوعية البيئة الاجتماعية والايكولوجية ، والمستوي الاقتصادي والمعيشي ، الذي تفرضه ظروف الاعاقة علي المعاق واسرته . فلقد لاحظنا ، ان معظم الفئات المعاقه التي اجريت عليها الدراسة الميدانية ، تنحدر من فئات اجتماعية متواضعة وبسيطة جداً ، في مستواها الاقتصادي والمعيشي ، وتنتمي غالبيتها الي عائلات من ذوي الأحجام أو الأعداد الكبيرة . ومن ثم ، فتساهم هذه العوامل مجتمعة ، في خلق بيئة سوسيوولوجية وسيكولوجية غير ملائمة ، لرعاية وعلاج المعاق ، كما تساعد في زيادة عناصر التوتر النفسي والقلق ، وغير ذلك من ميكانزمات عدم الاتزان العاطفي والانفعالي وعلاقة المريض بأسرته .

ويمكن لنا ، ان نطلق علي طبيعة البناءات الاسرية التي ينتمي اليها المعوقين ، والتي اجريت عليهم الدراسة ، بأنهم ينتمون معظمهم الي أسر متعددة المشاكل Multi - Problems Families كما أيدت ذلك دراسات كل من نهيرال Nihiral ، ومانيك Mink ومايرز Meyers وغيرهم . أو محاولة كيو منجز Cummoings للتعرف علي نوعية علاقة الآباء بأطفالهم المعوقين ، نتيجة لقلة الموارد الاقتصادية . حيث عبرت الغالبية العظمي لهم بأنهم يشكون من حالات نفسية تنسم بالاكئاب ، والعزلة والقلق ، مما ساهم ذلك في احداث مظاهر سلبية علي شخصية الطفل المعاق . وتعتبر ايضاً محاولة بعض الباحثين ، لتحليل الآثار الاجتماعية علي الأسرة ، نتيجة وجود الاعاقات ، وخاصة تلك الدراسات ، التي ركزت علي دراسة دورة الحياة الاسرية (١٤) Family Life Cycle والتي تتضمن مجموعة من العوامل والميكانيزمات الناتجة ، عن وجود أفراد معاقين في الأسرة ، وخاصة تحليل البناء الاسري من ناحية حجمها ، وموطن اقامتها ، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية

والاجتماعية ، ونسق القيم والمعتقدات ، وانماط العلاقات المتجانسة واللامتجانسة .
وكيفية تأثير ذلك البناء علي وظائف الاسرة ، مثل التنشئة الاجتماعية ، والرعاية
الصحية والنفسية ، وأيضاً طبيعة انساق التكافل الاجتماعي وغير ذلك من الآثار
المباشرة وغير المباشرة . التي تتركها الاعاقات علي الحياة الاجتماعية والأسرية ،
مثل زيادة معدلات الطلاق ، وتعدد الزوجات وغيرها .

٣- الوعي الاجتماعي بالاعاقة واجراءات الوقاية منها :

بعد محاولة الدراسة التعرف علي الحقائق الواقعية التي تؤثر علي حدوث
الاعاقة واسباب تفاقمها في مجتمع البحث ، ونوعية العلاقة المتبادلة بين الاعاقة
والمعوقين ، وطبيعة البناء الاجتماعي والبيئة الايكولوجية والاقتصادية والمعيشية التي
تحيط بها . ركزت الدراسة ايضا ، علي ضرورة تحليل أهم عناصر الوعي
الاجتماعي بالاعاقة ، وخاصة عند المعوقين واسرهم ، وطبيعة الاجراءات الوقائية ،
التي اتخذت من أجل الاعداد للتأهيل ، والتخفيف من اثارها المتعددة علي المعوقين
واسرهم .

حقيقة ، توجد الكثير من مستويات الحد من تأثير الاعاقة ، كما حددها
بالفعل علماء وخبراء برامج رعاية المعوقين وتأهيلهم ، والتي تمثلت في ثلاثة
مستويات مترابطة ، تهم الأول والثاني منها ، بالحد من حدوث العوامل المسببة
للإعاقة أو الإصابة ، أما المستوي الثالث ، فانه يحاول ان يعالج القصور الوظيفي
الناتج عن الاعاقة والعجز ، وتخفيف الآثار المنعكسة علي الفرد المعاق واسرته ،
والمجتمع في نفس الوقت (١٥) .

ومن هذا المنطلق ، ركزت الدراسة علي أهمية تحليل الاساليب الوقائية التي
اتبعتها المعوقين واسرهم ، من أجل الحد من الآثار المتعددة ، للإصابة أو العجز
والاعاقات . وما هي السبل التي اتخذوها بالفعل ، قبل عمليات تأهيلهم والتحاقهم

بمؤسسات رعاية المعوقين ؟ فبمسؤال عينة البحث من المعوقين واسرهم ، حول وجود معلومات مسبقة عن مراكز ومؤسسات الرعاية قبل الالتحاق بها ، جاءت غالبية الاستجابات بالإيجاب ٩٢ ٪ ، في مقابل ٧ ٪ لم يكن لديهم معرفة عن هذه المؤسسات . أما عن أهم وسائل معرفة المعوقين عن تلك المراكز والمؤسسات ، فكانت علي النحو التالي : (١) قرب السكن من المؤسسات ٢٢ ٪ ، (٢) مساعدة الأقارب ٣٦ ٪ ، (٣) الأصدقاء والجيران ٢٨ ٪ ، (٤) العاملين والمسؤولين ٢٤ ٪ ، (٥) وسائل الاعلام ٤١ ٪ . (انظر جداول رقم (٢٣) و (٢٤) للمعوقين) .

كما حاولت الدراسة ، ان تتعرف علي كيفية التحاق عينة البحث بمؤسسات رعايتهم الحالية ، فعبرت مجموعة كبيرة من أفراد العينة ٤١ ٪ انهم التحقوا بانفسهم ومساعدة اسرهم ، في حين اشارت في نفس الوقت مجموعة من عينة البحث ، ان التحاقهم بهذه المؤسسات جاء عن طريق التحويلات الطبية ٤٦ ٪ ، والتحويلات المدرسية ١٧ ٪ ، وايضا حسب ارشادات وزارة الشؤون الاجتماعية ١٨ ٪ . أما عن أهم الاسباب التي جعلت عينة البحث من المعوقين الالتحاق بمراكز ومؤسسات رعايتهم فجاءت استجاباتهم علي النحو التالي : (١) الرعاية النفسية ٩٢ ٪ ، (٢) الرعاية الطبية ٨١ ٪ ، (٣) الرعاية الاجتماعية ٧٨ ٪ ، (٤) التأهيل المهني ٧٠ ٪ ، (٥) الحصول علي فرص للعمل والكسب ٥٥ ٪ ، وأخيراً (٦) الحصول علي المساعدات المالية ٢٧ ٪ (انظر جداول رقم (٢٥) و (٢٦) للمعوقين) .

ومن ناحية أخرى ، سعت الدراسة الي معرفة مدى استعداد عينة البحث من المعوقين واسرهم ، أو تردهم في الالتحاق بمؤسسات رعاية المعوقين ، خاصة وأن طبيعة الاعاقة والمرض ترتبط بالكثير من العوامل الأخرى ، والتي قد تحجم عن المبادرة في علاجها ، نظراً لطبيعة البيئة الاجتماعية ، وعدم الرغبة في الافصاح عن المرض ، باعتباره نوع من الاسرار الاسرية ، ولا سيما اذا كانت تلك الاعاقات

تتعلق بالجوانب النفسية والعقلية علي سبيل المثال . أو نتيجة العزلة الاجتماعية التي تفرضها الاعاقات علي الاسر ، التي لديها أفراد معوقين ، وعدم قدرتهم علي اتخاذ القرارات نحو العلاج ، أو الرعاية والتدريب المهني لهم ، خاصة اذا كانت تلك الاصابات أو الاعاقات حالات مزمنة أو خلقية .

وفي حقيقة الأمر ، كشفت استجابات نسبة كبيرة من عينة البحث ، انهم لم يترددوا نهائيا للالتحاق بمؤسسات ومراكز رعاية المعوقين ، حيث اشار نحو (ثلثي) أفراد العينة علي ذلك وينسبة ٦٨ ٪ ، في مقابل ٣٢ ٪ منهم عبروا عن حقيقة ترددهم في الذهاب أو الالتحاق بهذه المؤسسات . أما عن أهم أسباب التردد التي اشارت اليها المجموعة الأخيرة فكان من أهمها : (١) الشعور بالفجل والهرج الاجتماعي ٢٨ ٪ ، (٢) الاعتقاد بأن هذه المؤسسات مراكز للإيواء فقط ٢٦ ٪ ، (٣) الرغبة في اخفاء المرض والاعاقة ٢٦ ٪ ، (٤) للاعتقاد بأن الاعاقة حالة من الجنون ٢ ٪ ، (٥) الحرص علي المركز الاجتماعي للأسرة ١٩ ٪ ، (٦) لان الاعاقة مسألة قضاء وقدر ١٢ ٪ ، (٧) لرغبة الأهل في رعاية مرضاهم بانفسهم ٦ ٪ ، (٨) عدم الثقة في كفاءة المؤسسات الموجودة ٢ ٪ ، (٩) للرغبة في العلاج بالخارج ٢ ٪ وهي تمثل خمس حالات فقط ، (انظر جداول رقم (٢٦) و (٢٧) للمعوقين) .

وهكذا ، كما اشارت المعالجات الاحصائية السابقة ، أنه لا يمكن تفسير مشكلة الاعاقة عن طبيعة البيئة الاجتماعية ، ونسق العادات والتقاليد ، التي تفرض الكثير من السلوكيات علي الحياة الاجتماعية . وهذا ما اتضح بالفعل في ضوء نتائج هذه الدراسة ، وكيفية شعور أهل المعاق واسرته بالعزلة الاجتماعية ، والبعد عن التكيف الاجتماعي والتردد في تقديم الحالات المعاقة للعلاج والرعاية . ولقد وضعنا من قبل ، العلاقة بين البيئة الاجتماعية واثارها السلوكية ، وكيفية تكوين اتجاهات غير مرضية ، نحو علاج المرض والاعاقة . وكما كشفت اسباب التردد في

والحد من الاعاقة الكثير من مظاهر ضغط البيئة الاجتماعية على سلوكيات
المرعوقين ، والرغبة في احفاء المرض والاعاقة ، والاكتفاء بان تلك الاعاقات
حالات من الصعب علاجها ، والتسليم بالقضاء والقدر ، دون اللجوء والسعي لحل
المشكلات علاوة على ذلك ، ان تلك الاسباب تعكس مدى بساطة الوعي الاجتماعي
لاسر المعوقين ومستوياتهم الاجتماعية ، كما تلعب الظروف الاقتصادية والمعيشية
دوراً كبيراً في أسباب التردد للاكتحاق بمؤسسات الرعاية كما تجيء بعض تلك
الاسباب ، نتيجة عدم الالمام بنوعية المساعدات العلاجية والتأهيلية المختلفة التي
سوف يستفاد منها المعاق عند التحاقه بالمؤسسات العلاجية .

وبالإضافة الى ذلك ايضا ، لا يمكن ان ننكر طبيعة الاثار النفسية
والاجتماعية المشتركة التي تفرضها الاعاقات على اسر المعوقين وهذا ما أيدته نتائج
دراسات سوسينولوجية وسيكولوجية مشتركة ، خاصة في المراحل الأولى ، والتي
تسمى بمرحلة الصدمة Stage Of Shock عن معرفة نوعية الاعاقة الأولى مرة .
ثم تليها مرحلة الانكار Disbelief Stage ، والتي يهرب فيها أعضاء الاسرة عن
الوسط الاجتماعي بقدر الامكان والرغبة في عدم الافصاح عن المرض والاعاقة .
وأخيراً ، مرحلة الخوف والاحباط Stage Of Fear & Frustration ، والتي تؤدي
في الكثير من الأحيان الى الاكتئاب والعزلة ، نتيجة لتقبل الوضع الراهن لحدوث
الاعاقة بين أفراد الاسرة ، كما تظهر مظاهر القلق للمرحلة المستقبلية سواء من
ناحية العلاج أو التأهيل أو المستقبل الاجتماعي والمهني لكل من المعاق واسرته ،
وخاصة اذا كانت تلك العمليات غير متوافرة بقدر الامكان أو مكلفة من الناحية
الاقتصادية (١٦) .

وفي اطار اهتمام الدراسة بتحليل الوعي الاجتماعي حول الاعاقة وكيفية
الحد والوقاية منها ، وطبيعة القيم والاتجاهات المجتمعية حول مشكلة المعوقين ،
والي أي حد تعكس دراسة بعض مظاهر الثقافة المحلية الموجودة في المجتمع ، عن

نوعية المعتقدات والسمات الثقافية الفرعية المرتبطة بالاعاقة وسبل علاجها التقليدية في المجتمع العماني . فلقد طرحت الدراسة سؤالاً علي عينة البحث من العاملين والمسؤولين ، باعتبارهم من أهم الفئات التي تتعامل مع الاعاقة والمعوقين ، للتعرف علي حقيقة وجود فئات أخرى غير طبية أو متخصصة في علاج المعوقين . فجاءت معظم آراء عينة البحث بالإيجاب ٩٣ ٪ ، في مقابل فقط ٧ ٪ . منهم أجابت بالسلب . ومن أهم الفئات أو الأفراد الذين يقومون بتقديم العلاج الشعبي للمعوقين، حسب نسق المعتقدات والثقافة الفرعية علي سبيل المثال ، (١) الوسام ٨٢٪ وهو ذلك الفرد الذي يضع الوشم لعلاج أمراض معينة مثل (الكبد ، الطحال والشلل والرماتيزم وغيرها) . (٢) البصار ٨٤ ٪ ، والشخص الذي يقوم بقراءة الطالع والأبراج الفلكية . (٣) متخصص في السحر ٧ ٪ . (٤) المعلم ٦٨ ٪ ، والذي يقوم بتعليم الأفراد بعض الأمور التعليمية البسيطة (٥) الطبيب الشعبي ٣ ٧٤ ٪ ، (٦) وأخيراً رجل الدين ٧ ١٢ ٪ ، (انظر جداول رقم (١٩) و (٢٠) للعاملين) .

كما تعكس الأمثال الشعبية كاحد سمات الثقافات الفرعية ، عن نظرة المجتمع الفعلية للاعاقة والمعوقين ، حيث اشارت استجابات العاملين من عينة البحث بنسبة عالية ٩٣ ٪ عن وجود العديد من الأمثال الشعبية ، في حين اشارت ٦٧٪ فقط عن ذلك بصورة سلبية . كما تعرض أيضاً ، العديد من الأمثلة والنصائح الشعبية المتداولة حول الاعاقة والمعوقين ، حيث كشفت عن ذلك استجابات العينة من العاملين بحقيقة وجودها وذلك بنسبة ٣ ٨٥ ٪ ، في مقابل ٧ ١٤ ٪ منهم أجابوا بالنفي (انظر جداول رقم (٢١) و (٢٢) للعاملين) . وجاء من أهم هذه الأمثال علي سبيل الإشارة فقط : (١) لا تبكي علي ما فات ، ولكن أبكي علي ما فقد عقله . (٢) أصبر علي مجنوتك ، ولا يجيك أجن منه . (٣) اذا كان المتحدث مجنوناً فالمستمع عاقل (٤) صبر ساعه ولا صبر يوم (للأبد) .

كما سعت الدراسة بتحليل بعض جوانب الوعي الاجتماعي بالاعاقة والمعوقين وسبل الوقاية منها ، وحرصت للكشف عن آراء العاملين والمسؤولين في مجال المعوقين من عينة البحث حول ما تعرضه وسائل الاعلام المختلفة ، عن هذه المشكلة بصفة عامة ، كما يشير الي ذلك جدول رقم (٢٢) للعاملين علي النحو التالي : (١) يجب الاهتمام اعلاميا بالمعوقين ٧٩ ٪ ، (٢) توجد فقط بعض الصلات الصحفية ٦٤ ٪ ، (٣) الاعلام يقوم باثارة التعاطف مع المعوقين ٧٥ ٪ ، (٤) الصلات الاعلامية تعبر عن الواقع ٧٢ ٪ ، (٥) ما يعرض بالفعل صورة دعائية فقط ١٦ ٪ ، وأخيراً (٦) ما تعرضه وسائل الاعلام بهدف التسلية فقط ٢ ٪ .

وفي الواقع ، تلك هي أهم الآراء التي كشف عنها استجابات العاملين والمسؤولين حول قضية المعوقين ، والتي نلاحظ ان أغلبيتها تركز علي أهمية الدور الاعلامي في توجيه الاهتمامات نحو المعوقين ، والعمل علي تغير القيم والمعتقدات التقليدية . للاعاقه وسبل علاجها ، كما ان الاهتمامات الحالية مازالت تحتاج الي الكثير من التخطيط والاعداد ورسم استراتيجيات اعلامية للامتنام بالفئات الخاصة . ومن ثم يجب ان يبرز الدور الاعلامي في تحديث وتغيير الاتجاهات والثقافات الفرعية الموجودة ، والمساهمة في عمليات التنشئة الاجتماعية ، والتي يجب ان تقوم بها المؤسسات الاجتماعية الأخرى مثل ، المدارس والمعاهد التعليمية والمساجد علي سبيل المثال .

حقيقية ، ان معايشة الباحث لمجتمع الدراسة طيلة السنوات الأربع الماضية ، تكشف بعض الملاحظات الهامة نحو دور المؤسسات الاعلامية تجاه مشكلة المعوقين . فلقد حدث اهتماما نسبيا في بعض الوسائل الاعلامية بالمقارنه عما كان موجوداً في نهاية الثمانينات . فنجد علي سبيل المثال ، بعض الحملات الاعلامية الصحفية واستخدام التلفزيون في الاعلان عن خدمات المعوقين ، وضرورة الامتنام بهم ، بهدف زيادة الوعي الاجتماعي بين الفئات الأخرى القادرة . ولكن مازلنا نري ، ان

حجم تلك الحملات والاعلانات الصحفية والاعلامية غير كافية لتحديث وتعبيير الاتجاهات والمعتقدات التقليدية حول الاعاقة والمعوقين . ومن ثم يجب نوعية الاهتمامات نحو أهمية وسائل الاعلام ودورها المستقبلي في زيادة الوعي الاجتماعي وهذا ما سوف نشير اليه لاحقاً عند معالجتنا لنتائج الدراسة حول عمليات التأهيل.

٤- تقييم عمليات التأهيل ومؤسسات رعاية المعوقين :

تعد عملية تأهيل المعوقين من العمليات الهامة التي تتركز فيها جميع الخدمات والبرامج والسياسات ، التي كرس من أجل رعاية المعوقين ، بهدف التخفيف من الآثار المتعددة ، التي تعاني منها هذه الفئة ، نتيجة العجز والاعاقة ولقد كشفت تحليلاتنا النظرية ، عن الكثير من الحقائق والافتكار العامة حول عملية التأهيل ، والعمليات الفرعية الأخرى ، المرتبطة بها ، كما يعكس مفهوم التأهيل عن عدد من المعاني والتصورات ، التي تعبر بوضوح عن مقدار التداخل بين الأنواع المختلفة ويشملها التأهيل ذاته . فهناك التأهيل الطبي ، والاجتماعي ، والنفسي ، والتربوي ، والمهني ، وتعتبر هذه الأنواع سلسلة متصلة الحلقات ، تهدف لاعادة تأهيل المعاق مرة أخرى للحياة الاجتماعية .

وسعت محاولات كل من علماء الاجتماع والخدمة الاجتماعية ، وعلماء النفس الاجتماعي ، والطب ، وخبراء التربية الخاصة ، والتأهيل المهني ، لتحديد الاهداف العامة التي يجب ان تحققها عمليات التأهيل ، خاصة وانها تخضع الي مجموعة مهنية متخصصة ، تختلف فيما بينها ، حسب تخصصاتها وخبراتها العلمية والعملية . ولكن بالطبع ، لكل فئة من هذه الفئات المهنية مجموعة من المهام التي تعمل في اطارها ، وتحدد بوسائل معينة ، كما ترتبط بنوعية الاهداف العامة للمؤسسات والمراكز التي يعملون فيها .

حقيقة ، ان عملية تقييم كل من عمليات التأهيل ومؤسسات الرعاية التي تقدم بها ، تعتبر من العمليات الصعبة التي تواجه الباحثين والمهتمين ، بدراسة تلك الفئة

(المعوقين) خاصة وأن عملية التقييم Evaluation Process ، تحيطها العديد من الملاحظات ، وصعوبة التفسير ، نتيجة لعدم وجود مؤشرات ومقاييس ثابتة . يمكن عن طريقها تحديد مستويات الخدمة والرعاية التي تقوم بها الهيئات الفنية والمهنية العاملة . علاوة على ذلك عدم وجود مستويات محددة للكفاءة ، والفاعلية Efficiency & Effectiveness ، التي يمكن عن طريقها معرفة مستويات الخدمة ، التي تقدم بالفعل للمستفيدين منها ، سواء كانوا مرضي معوقين أو غيرهم .

من ناحية أخرى ، أن عمليات تقييم الخدمات التأهيلية ، قد تحتاج أيضاً لتحليل وجهات نظر المستفيدين منها ، ومن ثم ، تظهر بعض الصعوبات التي عن طريقها يمكن معرفة ما يسمى بالموافقة والقبول Acceptability ، أو ما يعرف أيضاً ، بمستويات الرضا أو الإشباع Satisfaction ، نظراً ، لوجود العديد من المتغيرات التي تحدد هذه المستويات عند المستفيدين ، ولا سيما إذا كانوا من فئة المرضى المعوقين ، وتباين وجهات نظرهم واستجاباتهم نتيجة لظروفهم المرضية والتأهيلية ، والاجتماعية ، والطبية والبيئية والايكولوجية وغيرها (١٨) .

وبالرغم من ذلك ، تجيء أهمية التقييم لعمليات التأهيل ومؤسسات رعاية المعوقين ، باعتبارها أهم الخطوات الأساسية التي يمكن عن طريقها ، تعريف مستويات الرعاية والخدمة الموجودة بالفعل في هذه المؤسسات ، وهذا في الواقع ، ما أكد عليه علماء الاجتماع الطبي ، من أمثال وايم جلaser W. Glaser ، واليوت فيريسون E. Friedson ، على ضرورة تحليل عمليات التأهيل Habilitation ، باعتبارها أهم نماذج للرعاية الشاملة Comprehensive Caves . كما أشار الي عملية تقييم خدمات التأهيل أيضاً ، خبراء التربية الخاصة ، أو ما يعرف بالتأهيل التربوي ، والتأهيل المهني من أمثال كل من جاك تيزارد J. Tizard ، وكينث هاملتون K. Hamilton (١٩) ، بهدف تحليل الخدمات التي تقدم بالفعل ، وتقييمها

، والعمل علي زيادة فاعليتها ومستوياتها ، والتعرف علي درجات الاخفاق والنجاح لاحداث التغيير المستمر ، في السياسات والبرامج ، وهذا ينطبق علي جميع انواع عمليات التاهيل المختلفة التي تقدم للمعوقين .

وعلي أي حال ، سوف نحاول حاليا ، ان نتعرف علي أهم نتائج الدراسة الميدانية التي طبقت علي مؤسسات رعاية المعوقين ومعرفة المؤشرات والمعالجات الاحصائية ، التي ترتبط بعملية تقييم هذه المؤسسات حتي يمكن تحقيق الأهداف العامة ، والفروض الاساسية ، التي طرحتها الدراسة مسبقاً ، ومحاولة اختبارها في ضوء هذه المؤشرات الواقعية والميدانية . وفي اطار عملية التقييم لمستويات التاهيل بين المؤسسات التي تقوم بتقديمها ، سوف نركز علي نقطتين اساسيتين هما :

أولاً : طبيعة الاداء الوظيفي والمهني Professional & Functional Prefor-
mance للعاملين بمؤسسات رعاية المعوقين وباعتبار ان العاملين ، من أهم مدخلات Inputs عمليات التاهيل ، ويعد تحليل مستويات مثل الخبرة ، والتخصص ، وطريقة الالتحاق بالعمل ، والرغبة أو الاشباع المهني ، من أهم المستويات التحليلية التي يمكن التعرف عليها ، لتحديد واقعية الاداء الوظيفي والمهني لديهم .

ثانياً : تقييم نوعية الخدمات Qualites of Services ، التي تقدم للمعوقين باعتبارهم من أهم مخرجات Outputs عملية التاهيل التي تؤديها مؤسسات ومراكز الرعاية .

(1) تقييم طبيعة الاداء الوظيفي والمهني للعاملين :

اشرنا فيما سبق الي أهمية التعرف علي طبيعة الاداء الوظيفي والمهني للعاملين ، في مؤسسات رعاية المعوقين والتي اجري عليها الجانب الميداني للدراسة ، وكيف أن عملية تقييم هذه المستويات تعتبر من أهم الأهداف الرئيسية ، التي ركزت

عليها الدراسة منذ البداية . نظراً ، لأهمية العاملين ، باعتبارهم الموارد البشرية Human Resources ، التي تخدم عمليات التأهيل ، وتعتبر أهم مكونات مدخلاتها الأساسية .

وانطلاقاً من ذلك ، كشفت استجابات العاملين حول سؤال الدراسة عن مدة خبرتهم في مجال رعاية المعوقين حالياً ، فجاءت هذه الاستجابات كما يلي : (١) أقل من عامين ٧٢ ٪ ، (٢) ٢ / ٥ سنوات ٢٧ ٪ ، (٣) ٥ / ١٠ سنوات ١٣ ٪ ، (٤) ١٠ سنوات فأكثر ٣٦ ٪ . (انظر جدول رقم (٧) للعاملين) . كما اشارت غالبية العينة ٩١ ٪ أنهم لا يقيمون في المؤسسات والمراكز التي يعملون بها ، في مقابل ٨ ٪ ، اشار بالإيجاب (جدول رقم (٨) للعاملين) . أما عن طريق التحاقهم بالعمل ، فلقد انقسمت استجاباتهم الي ثلاثة أنواع توضح ذلك وهي : (١) عن طريق الاعلان ٢٦ ٪ ، (٢) بدون الاعلان (مثل الاعازات والتعيين المباشر) ٥١ ٪ ، (٣) عن طريق التطوع ٢٢ ٪ . وعن مدي ارتباط نوعية عملهم الحالي بالأعمال السابقة التي كانوا يعملون بها قبل إلتحاقهم بمؤسسات ومراكز المعوقين ، فلقد اشارت أكثر من (نصف) العينة وبالتحديد ٧٢ ٪ أنهم كانوا يزاوون نفس العمل الحالي . في حين أجابت ١٠ ٪ من العينة أنهم كانوا يقومون بأعمال قريبة من أعمالهم الحالية ، كما وضع ٣ ٪ بأن أعمالهم السابقة مختلفة تماماً عن أعمالهم الحالية . وأخيراً أجابت نسبة ٢٩ ٪ من أفراد العينة بأن لم يكن لديهم أعمال سابقة ، (انظر جداول رقم (٩) و (١٠) للعاملين) .

ويعد معرفة التحليلات الاحصائية حول الخبرة ونوعية الأعمال وطرق الالتحاق بمؤسسات العمل ، حرصت الدراسة علي معرفة العلاقة بين نوعية الأعمال المهنية المختلفة التي يقوم بها افراد العينة ، ووجود الرغبة منذ البداية للقيام بوظائفهم الحالية ، والكشف عن متغيرات الأشباع الوظيفي والمهني ، أو ما يعرف بأشباع المهنة " Job Satisfaction " . وفي الواقع ، عبرت غالبية العاملين ٨٨ ٪

من أفراد العينة بالإيجاب ، حيث كانت لديهم رغبة منذ البداية للالتحاق بأعمالهم الحالية ، في مقابل ٣١ ٪ فقط أجابوا سلبيا ، وعدم وجود رغبة أساسية للقيام بأعمالهم الحالية (انظر جدول رقم (١١) للعاملين) .

أما عن الأسباب التي تعكس رغبة عينة البحث من العاملين والذين كان لديهم ، استعداد للعمل بوظائفهم الحالية ، فكانت استجاباتهم علي النحو التالي : (١) العمل في مجال المعوقين واجب انساني ٦٨ ٪ ، (٢) لطبيعة التخصص والخبرة ٣١ ٪ ، (٣) الرغبة في التعرف علي رعاية المعوقين ٧٧ ٥٢ ٪ ، (٤) طبيعة العمل الحالي غير مختلف عن الأعمال السابقة ٣١ ٪ ، وأخيراً (٥) لصعوبة الحصول علي عمل آخر ٣٣ ٩ ٪ . ومن ناحية أخرى ، اشارت استجابات بعض عينة البحث من العاملين ، الذين أبدوا عدم رغبتهم للالتحاق بالعمل في وظائفهم الحالية بمؤسسات رعاية المعوقين ، بأن من أهم أسباب عدم الرغبة ما يلي : (١) عدم وجود خبرة ٣٧ ٪ ، (٢) الخوف من تصرفات المعوقين ٧٧ ٦ ٪ ، (٣) صعوبة العمل في هذا المجال ٧٧ ٤ ٪ ، (٤) عدم وجود القدرات الجسمية والنفسية ٣٧ ٣ ٪ ، (٥) بعد العمل عن المسكن ٧٧ ٪ . (انظر جداول رقم (١٢) و (١٣) للعاملين) .

وتأكيداً علي معرفة مؤشرات الاشباع المهني والوظيفي لدي العاملين بعد فترة من العمل في وظائفهم الحالية ، طرحت الدراسة سؤالاً يكشف عن مدى وجود رغبات لدي العاملين في ترك أعمالهم الحالية في حالة توافر فرص أخرى للعمل في مجالات أخرى غير مؤسسات رعاية المعوقين . فجات غالبية استجابات عينة البحث من العاملين بعدم موافقتها ونسبة ٣٧ ٧٨ ٪ لو عدم ترك أعمالهم الحالية ، في مقابل أثبت ٧٧ ١٢ ٪ رغبتها وموافقتها بترك أعمالهم الحالية اذا توافرت فرص أخرى بديلة للعمل . أما عن أهم الأسباب التي توضح الموافقة في الاستمرارية في العمل . فجات حسب استجابات عينة البحث من العاملين علي النحو التالي : (١) العمل في مجال المعوقين عملاً انسانياً ٧٧ ٦٨ ٪ ، (٢) الشعور بالرضا النفسي ٧٧ ٥٨ ٪ ، (٣) الرغبة في تقديم الخبرة ٣٧ ٢٧ ٪ ، (٤) التعرف علي العمل الحالي

٣٢ ٪ ، (٥) التمسك بأصنقاء وزملاء العمل ٢٠ ٪ ، (٦) العمل العالي مريح جداً ،
(٧) لتحقيق الكسب المادي ، (٨) عدم وجود مسئولية محددة (وذلك بنسب ١٦ ٪
٣٢ ٪ ، ٧ ٪ ، ٤ ٪ علي التوالي) ، (انظر جداول رقم (١٣) ، (١٤) ، (١٥) ،
العاملين) .

كما حرصت الدراسة علي معرفة أهم الشروط التي يجب توافرها للعمل
مجال رعاية المعوقين ، مما يعكس ذلك العديد من المتغيرات الهامة ، التي
طبيعة الاشباع المهني والوظيفي وكيفية تقييم مستويات الخدمة والرعاية للمعوقين
فلقد جاءت أهم هذه الشروط كما عبرت عنها عينة البحث من العاملين (كما يشير
الي ذلك جدول رقم (١٦)) : (١) حب العمل ٩٠ ٪ ، (٢) الخبرة ٨٤ ٪ ، (٣)
الاستعداد للعمل مع المعوقين ٨٣ ٪ ، (٤) الاحساس بالمسئولية ٨٢ ٪ ، (٥)
قوة التحمل والصبر ٧٩ ٪ ، (٦) التخصص ٧٤ ٪ ، (٧) الاتزان النفسي
٧٣ ٪ ، (٨) التدريب ٧١ ٪ ، (٩) الشهادات ٦٣ ٪ وأخيراً (١٠) القوة
البدنية ٣٤ ٪ .

وعلاوة علي ذلك ، رأي الباحث ضرورة التحقق من وجهة نظر العاملين
وسؤالهم نحو المعوقين ورعايتهم كقوة اجتماعية غير قادرة في المجتمع ، وخاصة
وأن العاملين والمسؤولين ، هم أقرب الفئات المتخصصة التي تقوم بتقديم انماط
الرعاية والتأهيل ، كما يعكس وجهات نظرهم (العاملين بدرجة اشباعهم الوظيفي
والمهني ، ويكشف عن مستويات الاداء والآنجاز في العمل . فجاءت استجاباتهم ،
(كما يوضح ذلك جدول رقم (١٧) للعاملين) علي النحو التالي : (١) ضرورة تأهيل
المعوقين وتشغيلهم ٩٣ ٪ ، (٢) الا يجب عزل المعوقين عن المجتمع ٩٢ ٪ ،
(٣) فئة غير قادرة ويجب مساعدتها كثيراً ٨٤ ٪ ، (٤) يجب الاهتمام بهم ورعايتهم
٨٢ ٪ ، (٥) ضرورة رعاية اسر المعوقين ٧٧ ٪ ، (٦) يجب ان يتحمل
المعوقين القضاء والقدر ٣٩ ٪ ، (٧) المعوقين مرضي كغيرهم من المرضي ، (٨)
المعوقون من ضحايا المجتمع ، (٩) المعوقون فئة لا أمل فيها اجتماعياً ، وجاءت

نسبة هذه الاسباب (٨ ٪ ، ٧٠ ٪ ، ٢٠ ٪ علي التوالي) .

أما أهم مجالات الخبرة الحالية ، التي يقوم بها عينة البحث من العاملين في مؤسسات رعاية المعوقين التي أجريت عليها الدراسة ، فهي كما يشير اليها (جدول رقم (٢٤) للعاملين) : (١) الصم والبكم ٣٠ ٪ ، (٢) المتخلفون عقلياً ٣١ ٪ ، (٣) المعاقون نفسياً وعقلياً ٣٠ ٪ ، (٤) المعاقون حركياً (الشلل) ١٥ ٪ ، (٥) متعددو الاعاقات ٧٠ ٪ ، (٦) المكفوفون ٢ ٪ . ومن الملاحظ هنا ، ان المجالات الأخيرة تعتبر قليلة جداً ، ولا تتوافر فيها الخبرات اللازمة ، كما ان معظم المؤسسات لا تستقبل هذه الحالات المعاقة وهذا ما سوف نشير اليه في ملاحظتنا العامة في هذا الموضوع .

كما تعتبر الأدوات والاختبارات المستخدمة ، احدى الوسائل الهامة ، التي توضح مدى انعكاس واقعية الانجاز الوظيفي والمهني علي خدمات المعوقين ورعايتهم . فلقد طرحت الدراسة سؤالاً يكشف عن أهم هذه الأدوات والاختبارات ، التي يقوم العاملون باستخدامها في مجالات عملهم ، فلقد أقتصرت استجاباتهم علي الأدوات والاختبارات التالية : أولاً ، استخدام استمارات الفحص الطبي ، استمارات البحث الاجتماعي ، وطلبات الالتحاق (وذلك بنسب ٧٠ ٪ ، ٣٠ ٪ ، ٨٩ ٪ ، ٣٠ ٪ ، ٧٥ ٪ علي التوالي) ثانياً ، استخدام اختبارات سكاغنوردبيته للذكاء ، واختبار روكسلر للأطفال والراشدين (وذلك بنسب ٧٠ ٪ ، ٨٠ ٪ ، ٢٠ ٪ علي التوالي) ثانياً : لم تشر استجابات المعوقين نهائياً الي استخدام أي من الاختبارات الهامة مثل : اختبار رسم الرجل ، متاهات بورتيوس ، الذكاء المصور ، مقياس النضج الانفعالي ، مقياس السلوك التوافقي (انظر جدول رقم (٢٥) للعاملين) . وهذا يعد احد العناصر السلبية في خدمات رعاية المعوقين ، وخاصة من ناحية استخدام الاختبارات النفسية التي تكاد تكون غير موجودة أو معترف بها في هذا المؤسسات، مما يشير الي آثار غير ايجابية لخدمات التأهيل النفسي . وهذا ما سوف نشير اليه فيما بعد .

وفي إطار تخطيطنا لأهم مصادر ومجيد ذلك الوقت من المهني للعاملين
 فإلى جانب المتغيرات السابقة والتي شملت . الخبرة . والتخصص . والرغبة في
 العمل . وكيفية الإلتحاق به ، تبرز بعض المتغيرات الهامة ، التي يمكن الإعتماد
 عليها في تقييم عمليات الأداء الوظيفي والمهني لعينة الدراسة من العاملين . مثل
 الإعداد والتدريب المستمر حول طبيعة رعاية المعوقين ، والتي لها آثار متعددة على
 عمليات التشغيل ومستويات خدمات الرعاية بصورة عامة .

من هذا المنطلق ، طرحت الدراسة تساؤلاً مقابلاً ، هل حصل العاملون من
 عينة البحث على بعثات دراسية أو دورات تدريبية خارجية بعد إلتحاقهم بالعمل أو
 قبل مباشرة فئات آراء الغالبية منهم (٨٨٪) بالسلب . في مقابل ١٢٪ أجابوا
 بصورة إيجابية . أما عن أماكن هذه البعثات والدورات التدريبية التي تلقتها بالفعل
 هذه الفئة الأخيرة . فجات موزعة بين الدول العربية والأجنبية (وذلك بنسب ١٠٪ ،
 ٢٪ على التوالي) وتمثل هذه النسبة الأخيرة (حالتين فقط) . كما اقتصر طول هذه
 الفترات الدراسية والتدريبية كما يلي : (١) أقل من ثلاثة شهور ٥٣٪ ، (٢) ٦/٣
 شهور ٢٣٪ ، (٣) ١٢/٦ شهر ١٣٪ (أي حالتين فقط) وأخيراً من سنة / سنتين
 ٢٪ (ثلاث حالات) . كما كانت أهم موضوعات تلك الدورات على النحو التالي :
 (١) تأهيل وعلاج المعوقين ٧٣٪ ، (٢) موضوعات عامة حول الإعاقة والمعوقين ٦٪ ،
 (٣) رعاية المعوقين نفسياً واجتماعياً ٥٣٪ ، وأخيراً موضوعات إكتشاف الإعاقات
 وأسبابها ، ورعاية أسر المعوقين ، وتشغيل المعوقين وذلك بنسب (٢٪ ، ٢٪ ، ٢٪
 على التوالي) (انظر جدول رقم (٢٦) ، (٢٧) ، (٢٩) للعاملين) .

أما عن مدى إشتراك العاملين من عينة البحث في دورات تدريبية داخل
 السلطة بعد إلتحاقهم بالعمل في مؤسساتهم الحالية ، فجات معظم آرائهم بالسلب

٨٨٧٪ ، في مقابل ١٣٪ أشارت بالإيجاب . أو مدي إشتراكهم في مؤتمرات أو ندوات محلية أو خارجية ، ترتبط بمجال رعاية المعوقين وإهتماماتهم المهنية العالية ، فأشارت الغالبية العظمى منهم (٩٦٪) بالسلب ، في مقابل فقط (٤٪) يمثلون (٦ حالات) جاءت إيجابياتهم بصورة إيجابية . (انظر جداول رقم (٢٠) و (٣١) للعاملين).

ومن ناحية أخرى ، اهتمت الدراسة بالتعرف علي أهم المجالات التخصصية والعلمية ، التي حصل عليها العاملون سواء في فتراتهم الدراسية أو التدريبية ، قبل أو بعد إلتحاقهم بمؤسسات رعاية المعوقين . فكانت إستجاباتهم علي النحو التالي كما يشير إلي ذلك (جدول رقم (٣٢) للعاملين) : (١) التخلف العقلي ٣٥٣٪ ، (٢) الصحة النفسية ٢٥٣٪ ، (٣) إضطرابات الشخصية ١٧٢٪ ، (٤) علم النفس الإكلينيكي ، والقياس النفسي (١٢٪ ، ١٢٪ علي التوالي) ، (٥) الطب النفسي الإجتماعي ٨٪ ، (٦) الطب النفسي ٦٧٪ ، (٧) علم إجتماع المؤسسات ، والخدمة الإجتماعية ، وعلم الإجتماع الطبي وذلك بنسب (٤٪ ، ٤٪ ، ١٣٪ علي التوالي) .

وبعد تحليل أهم المعالجات الإحصائية ، التي تتعلق بطبيعة الأداء الوظيفي والمهني لعينة البحث من العاملين ، تسعى حالياً بإلقاء بعض الملاحظات العامة ، والتي يمكن إستنتاجها من خلال المؤشرات التالية :

أولاً : بالنسبة لمدة الخبرة ، عكست أكثر من نصف إستجابات العينة بأن لديها فترة خبرة لاتقل عن خمس سنوات تقريباً ، وهذا يعد مؤشراً قوياً لهذه الفئة من العاملين ، وأثارها الإيجابية علي تقديم خدمات الرعاية للمعوقين . في نفس الوقت ، نجد النسبة الباقية والتي تقل قليلاً عن (نصف) أفراد العينة ، أشارت إلي أن مدة خبرتها تقل عن خمس سنوات . وإن كنا

نلاحظ ، أن حوالي (٢٢٫٧٪) من حجم العينة ، مدة خبراتها تقل عن عامين . وجاءت معظم هذه النسبة في بعض المراكز والمؤسسات الخيرية الأهلية مثل "صلاة " ، و "بديد " ، وهي مؤسسات حديثة النشأة في طبيعتها ، وإن كانت معظم خدمات هذه المراكز تعتبر من المراكز (النهارية) المحدودة ، وهذا لا يؤثر بصورة سلبية علي خدماتها وتحقيق أهدافها الأساسية من خدمة المعوقين في مجتمعاتهم المحلية .

ثانياً : طبيعة الإلتحاق في العمل ، أشارت معظم إستجابات العاملين أن طريقة إلتحاقهم بالعمل ، جاءت عن طريق الإعلان أو بالتعيين المباشر ، وهذا يعكس نظام العمل بالسلطنة عموماً ، سواء عن طريق الإعارة خاصة بالنسبة لمدارس التربية الخاصة ، أما التعيين المباشر بالنسبة للمستشفيات . كما أشارت تقريباً (٢٢٪) من عينة البحث أنها التحقت بالمؤسسات عن طريق التطوع ، وذلك في المراكز الأهلية والخيرية . وفي نفس الوقت ، نجد أن أكثر من (ثلاثي) العينة من العاملين ترتبط أعمالهم الحالية بالمؤسسات ، بنفس أعمالهم السابقة أو قريبة منها ، في حين أشار (الثلاث) الآخر ، بأن أعمالهم كانت مختلفة ولم يكن لديهم أعمال سابقة . ويعتبر ذلك ، مؤشراً هاماً يعكس طبيعة الإسهام في مجال العمل لنسبة كبيرة من العاملين حالياً .

ثالثاً : الرغبة في العمل وتحقيق الإشباع المهني : يتضح من المعالجات الإحصائية التي أشارت إليها عينة البحث من العاملين ، أن غالبيتهم كانت لديهم الرغبة في العمل منذ البداية في مجال المعوقين ، مما يعكس نوعاً من الإشباع المهني والوظيفي ويساعد علي تحقيق الإنجاز والفاعلية في العمل . وإن كانت قد عبرت (نسبة قليلة) عن مظاهر عدم الرغبة الأولية ،

وعدم وجود الإشباع الوظيفي والمهني لديهم نتيجة لعوامل مثل : عدم وجود الخبرة ، والتخصص ، وعدم وجود فرص للعمل . كما يلاحظ أن نسبة كبيرة من هذه المجموعة الأخيرة ، جاءت من بعض المراكز والمؤسسات الأهلية ، وخاصة أن أعداداً كبيرة منهم تلتحق بالعمل التطوعي لحين توافر فرص عمل بديلة لهم .

رابعاً : طبيعة العمل ومتطلباته الأساسية ، تعكس إستجابات العاملين مدي تصورهم حول أهم الشروط ، التي يجب توافرها للعامل في مجال رعاية المعوقين . وجاءت معظمها لتعبر عن الكثير من مظاهر الإشباع المهني للغالبية منهم مثل ، حب العمل ، والخبرة ، والإحساس بالمسئولية ، وقوة التحمل والصبر ، وإيمانهم بأهمية العمل الإنساني في هذا المجال بصفة عامة . وهذا مايعكس في الوقت ذاته ، آراء العاملين حول المعوقين كقناة إجتماعية ، حيث أشارت معظم إستجاباتهم علي ضرورة الإهتمام بهم وتأهيلهم وتشغيلهم ورعاية أسرهم ، ولايجب عزلهم بعيداً عن المجتمع . وإيريجاز ، هذا يوضح مدي الإستعداد للعمل وتقديم الخدمات للمعوقين ، ويكشف عن الكثير من المتغيرات التي تدعم عمليات الإشباع المهني والوظيفي .

خامساً : نوعية الخبرات المهنية والتخصصية الموجودة : يلاحظ بصورة نسبية ، أن عدداً من التخصصات العلاجية والمهنية التأهيلية في مجال المعوقين متوافرة بالفعل ، كما يظهر ذلك بوضوح مجال التأهيل التربوي في مدارس المعوقين ، ورعاية الصم والبكم علي سبيل المثال . ولكن يلاحظ أيضاً ، وبكل أسف بعض التخصصات الهامة في مجال المعوقين تكاد تكون نادرة ، وغير موجودة ، مثل تخصصات متعنى الإعاقات

والمكفوفين، والمعاقين عقلياً ونفسياً . وهذا يؤثر بصورة سلبية كبيرة علي نفس هذه المؤسسات .

سادساً : طبيعة الأزمات والإختبارات المستخدمة : يلاحظ من خلال الإستنتاجات الإحصائية ، أن نوعية هذه الأزمات تكاد تقتصر علي الإجراءات الروتينية البسيطة مثل إستمارات الإلتحاق ، والكشف الطبي علي سبيل المثال . ولايكاد يوجد أي أثر أو إعتراف بطبيعة إسهامات علم النفس أو علم النفس الإجتماعي في مجال رعاية المعوقين ، فلم تستخدم بصورة ملحوظة ، الإختبارات والمقاييس السيكولوجية ، التي يشجع إستخدامها في مجال رعاية المعوقين ومؤسساتهم المختلفة ، والتي تسهم في عمليات التصنيف والإعاقات ، وتقديم خدمات الرعاية لهم . وهذا قد ظهر بصورة أكثر وضوحاً في مستشفى (ابن سينا) للأمراض النفسية والدتية ، وإعتبارها من المستشفيات التخصصية ، التي تتعامل مع قطاع كبير من المعوقين ، حيث لا يوجد أي أثر لإستخدام الإختبارات النفسية ، أو مايعرف بالإختبارات السوسيوسيكوباتية علي الإطلاق ، وتعكس مقابلات الباحث الميدانية مع المسئولين والعاملين في هذا المستشفى ، عن الكثير من مظاهر الخلل الإداري والمهني الشامل نتيجة لسوء الإدارة بها ، وإعتمادها علي القيادات الإدارية غير الوطنية (الاسيوية) ، علي خلاف مستشفيات أخرى ، مثل النهضة وخولة ، التي تتمتع بالكثير من مظاهر التنظيم الإداري والمهني الحديث ، والإحساس بالمسئولية ومراعاة مصالح المعوقين ، نظراً لوجود بعض القيادات الوطنية الطبية . (٢٠)

سابعاً : الإعداد والتدريب ، عكست المعالجات الإحصائية السابقة حول الإعداد

والتدريب ، أن هناك قصوراً واضحاً في مجال تدريب العاملين في كافة المؤسسات بدون إستثناء ، اللهم بعض الدورات التدريبية القليلة التي حظي بها بعض الأفراد من عينة البحث . حقيقة ، أن مجال رعاية المعوقين يعتبر من المجالات الهامة ، والتي تتطور بصورة سريعة ، نتيجة لتطور عالم التأهيل والرعاية ، والتكنولوجيا الطبية والعلاجية وغيرها . ولكن من الملاحظ عموماً ، علي مؤسسات الدراسة الحالية ، أنها تحتاج بصورة عامة ، لعمليات التدريب والإعداد للعاملين لتحسين مستوياتهم الوظيفية والمهنية وتقديم خدمات تأهيلية أفضل للمعوقين .

وبإيجاز ، تلك هي أهم مظاهر الأداء الوظيفي والمهني للعاملين من عينة البحث والدراسة ، والتي كشفت عن الكثير من المتغيرات التي تتداخل بها مما يؤثر علي عملية تقييمها بصورة عامة . إلا أن هذه التحليلات ، عكست الكثير من نوعية الأداء الوظيفي والمهني لدي العاملين ، والتي تعتبر جزءاً هاماً وحيوياً عند تقييم عمليات التأهيل ومؤسسات الرعاية ، وهذا ماسوف نكملة حالياً عند تقييم نوعية الخدمات التي تزويها هذا المؤسسات والعاملين بها .

(ب) تقييم نوعية خدمات الرعاية :

عكست نتائج الدراسة الميدانية علي مؤسسات ومراكز المعوقين ، عن الكثير من المؤشرات الإيجابية والسلبية حول طبيعة الأداء الوظيفي والمهني للعاملين بهذه المؤسسات . وترتبط عملية التقييم بنوعية الخدمات التي يقوم بتقديمها العاملون بمؤسساتهم المختلفة . حقيقة ، يوجد نوع من التباين بين أنماط هذه المؤسسات سواء أكانت مدارس تربوية خاصة ، أو مراكز تأهيلية تعليمية ، أم مستشفيات علاجية عامة ومتخصصة . ولكن بالرغم من ذلك ، سعت الدراسة للكشف عن نوعية الخدمات ، التي تقدمها هذه المؤسسات للفئات المعاقة التي تتعامل معها . محاولة ،

أن نتعرف على المظاهر الإيجابية والسلبية وطبيعة النقص في الخدمات ، التي توجد في هذه المؤسسات من الناحية الواقعية .

علوة على ذلك ، أن الهدف الأساسي من عملية تحليل وتقييم طبيعة الخدمات ، التي تقدم بالفعل في هذه المؤسسات ، يعد أحد الأهداف الرئيسية للدراسة ، والتي كرسنا لتحقيقها منذ البداية ، وذلك من أجل تحسين مستويات فاعليتها وكفاءتها ، بعد التعرف على أهم الصعوبات والمعوقات ، التي تعد من هذه الفاعلية والكفاءة .

وإنطلاقاً من أهداف الدراسة الأساسية ، ونتائج تحليل التراث في دراسة التنظيمات والمؤسسات شاملة أو متخصصة للمعوقين ، بقدر ما جاءت معظمها لدراسة مستشفيات علاجية . مثل دراسة كيرترايت Cartwright على بعض المرضى في عدد من المستشفيات ، وقياس مستويات الرضا العام ، وتحليل نوعية الخدمات التي تقدم إليهم أثناء إقاماتهم بها . كما كشفت دراسات أخرى مثل دراسة ماكجهي McGhee على أهمية الأخذ في الاعتبار بإستجابات المرضى حول نوعية الخدمات ، التي تقدم إليهم في المستشفيات وتقييمها (٢١) .

وعلى أية حال ، إن دراسة وتحليل آراء المستفيدين من الخدمات ، التي تقدم إليهم ، تعتبر ذات أهمية أساسية في عمليات تقييم مؤسسات رعاية المعوقين ، ومعرفة العلاقة بين ما يعرف بالمدخلات والمخرجات Inputs - Outputs . وخاصة ، وأن المعوقين يعتبرون المستفيدين وحدهم من هذه المدخلات التنظيمية ، كما أن جميع أهداف هذه المؤسسات والمراكز موجهة عموماً لرعايتهم وتأهيلهم .

وتعكس إستجابات المبحوثين من المعوقين وأسرههم (٢٢) ، عن طبيعة الخدمات ، التي تقدم إليهم في مؤسسات الرعاية المختلفة ، وذلك بعد تصنيف هذه الخدمات ،

وتحديد مستوياتها بين أربع مستويات محددة وهي : جيدة ، ومتوسطة ، وغير مناسبة، ولا توجد . وهذا مايكشف عنه (جدول رقم (٢٩) المرفق) ، حيث أشارت إستجابات المرفقين : (١) بالنسبة للخدمات التأهيلية الطبية والعلاجية : جاءت تقريباً (نصف) هذه الإستجابات ، معبرة عن مدى رضاها العام حول هذه الخدمات ، وأن مستوى هذه الخدمات (جيدة) وذلك بنسبة ٥٤٪ ، في حين أشارت ٣٦٪ بأنها (متوسطة) . كما رأت نسبة ضئيلة ٥٪ بأن مستوى الخدمات الطبية (غير مناسبة) ، بالإضافة إلى ٢٨٪ من جملة هذه الآراء ، عبرت عن طبيعة هذه الخدمات (غير موجودة) .

وبالرغم من أهمية هذه الملاحظات الإيجابية ، والتي تعكس عن مدى وصف هذه الخدمات بأنها (جيدة) ، إلا أن أكثر من (ثلث) أفراد العينة مازالت غير راضية تماماً ، عن نوعية هذه الخدمات ، ورأت أنها متوسطة . كما تعكس وجهات نظر بعض أفراد العينة أن هذه الخدمات بين (غير مناسبة) و (غير موجودة) وهي نسبة تصل إلى ٨٪ من إجمالي حجم العينة ، ويعد وجهة نظرها ذات أهمية خاصة ، عند عملية تقييم الخدمات العلاجية ، وتدني مستويات الرضا العام نحوها .

علوة على ذلك ، تكشف المعطيات الإحصائية على مستوى القطاعات المختلفة للمؤسسات ، أن نسبة كبيرة من أفراد العينة ، وخاصة في مراكز التأهيل الأهلية مثل (ببدي) ، و (صلالة) مازالت غير راضية على مستويات الخدمات الطبية والعلاجية بها . بالإضافة إلى ذلك ، نجد في قطاع المستشفيات ، وخاصة مستشفى (ابن سينا) ، أن نسبة عالية من المرفقين ، أشارت بأن نوعية الخدمات العلاجية التي يتلقونها رديئة وغير مناسبة . مما يعكس ذلك بعض المظاهر السلبية على أهم عناصر التأهيل للمرفقين وهو التأهيل الطبي أو العلاجي .

(٧) الخدمات التأميلية النفسية . كشفت آراء المبحوثين عن طبيعة الخدمات التأميلية النفسية حسب المستويات الأربعة وهي : جيدة ١٦٫٨٪ ، ومتوسطة ٢٥٫٥٪ ، وغير مناسبة ٢٥٫٦٪ ، ولا توجد ٢١٫٦٪ وذلك علي مستوى أئسد الإجمالي لعينة البحث . ويلاحظ علي هذه النسب ، مدى عدم الرضا العام للغالبية من المبحوثين ، حيث لم تبد إلا أقل من (ثلث) العينة رضاهما . حيث جات إستجاباتهم بين جيدة ومتوسطة . في حين أشارت أكثر من (نصف) العينة بأن الخدمات النفسية مابين غير مناسبة أو ملائمة أو غير موجودة علي الإطلاق .

كما يلاحظ أيضاً ، علي مستوى القطاعات التنظيمية لمؤسسات المعوقين ، أن معظم الإستجابات الإيجابية كان مصدرها قطاع المدارس ومركز الخدمة للمعوقين ، في حين مازالت المراكز الأهلية تحتاج للمزيد من الإهتمام بالرعاية النفسية . أما قطاع المستشفيات ، فجاءت الغالبية من آراء المعوقين غير راضية تماماً عن الجانب التأميلي النفسي ، ولاسيما مستشفى (ابن سينا) للأمراض العقلية والنفسية ، التي لم تشر إستجابات المعوقين بها (٥٫٨٪) بين جيدة ومتوسطة لنوعية هذه الخدمات ، في حين عبرت معظم الإستجابات عن عدم رضاها التام حول مايتلقوه بالفعل من خدمات نفسية . وهذا ما كشفت عنه بالفعل نتائج المقابلات الحرة للدراسة ، وما أيدته أيضاً عينة البحث من العاملين أنفسهم بهذا المستشفى (انظر جدول رقم (٢٥) للعاملين).

(٢) الخدمات التأميلية الإجتماعية . توضح تقريباً (ثلاثي) إستجابات المبحوثين أن هذا النوع من الخدمات التأميلية بين (جيدة) و (متوسطة) ، في مقابل (الثلث) لم يشعر بالرضا أو القبول لنوعية هذه الخدمات ، والتي جات آرائهم ، موزعة مابين (غير مناسبة) و (غير موجودة) وذلك (بنسب ٧٫٢٪ ، و ٢٢٫٨٪ علي التوالي) . وتنعكس هذه الإستجابات بعض الآراء المتناقضة بين القطاعات والمؤسسات المختلفة للدراسة . فنجد علي سبيل المثال ، أن غالبية آراء قطاع

المدارس والمراكز التأهيلية الحكومية والأهلية لديها نوع من الرضا العام حول نوعية الخدمات التأهيلية الإجتماعية ، اللهم بعض الآراء التي ظهرت في قطاع المراكز الأهلية الحديثة ، رأت أن هذه الخدمات مازالت (غير مناسبة) . أما قطاع المستشفيات ، فلقد انعكست إستجابات عينة البحث منه بصورة شبة غير راضية أو مقتنعة بنوعية هذه الرعاية ماعدا المستشفى السلطاني ، الذي اهتم بتقديم بعض هذه الخدمات في بعض الأقسام العلاجية في السنوات الأخيرة . (٢٢)

(٤) الخدمات التأهيلية المهنية . يكشف هذا النوع من التأهيل ، عن أهمية بالغة نحو عمليات التأهيل الشامل للمعوقين ، من أجل تشغيلهم وتوفير فرص عمل مناسبة تدير عليهم دخلاً مادياً ملائماً . ويسهم بصورة عامة في الكثير من الإشباع النفسي والإستقلال والإعتماد علي الذات بالنسبة للمعوقين وأسرههم . وفي الواقع ، عكست تقريباً (نصف) أفراد العينة من المبحوثين أن نوعية هذه الخدمات مابين (جيدة ومتوسطة) وذلك (بنسب ١٨٪ ، ٣٦٪ علي التوالي) . في مقابل رأي (النصف) الآخر من العينة ، أن طبيعة الخدمات التأهيلية المهنية ، تعتبر (غير مناسبة) و (غير موجودة) وذلك (بنسب ١٦٪ ، ٣٨٪ علي التوالي) . وعن ثم ، يمكن القول ، بالرغم من وجود نوع من المؤشرات الإيجابية ومرجات من الرضا العام ، إلا أن (نصف) أفراد العينة مازالوا غير راضين عن هذه الخدمات . كما جاء الكثير من هذه الآراء علي مستوي جميع المؤسسات والمراكز التي أجريت عليها الدراسة ، وإن كنا نلاحظ بوجود هذه الخدمات نسبياً في المراكز الحكومية ، وعدم توافرها في المراكز الأهلية أو الخيرية وقطاع المستشفيات .

(٥) خدمات الأجهزة التعويضية والصناعية ، حقيقة أن توافر هذا النوع من الخدمات يخدم العديد من أنواع التأهيل المختلفة ، مثل الطبية العلاجية والمهنية علي

سبيل المثال . وتكشف إستجابات عينة المبحوثين عن وجود عجز شديد ، في هذا النوع من الخدمات . فلقد أشارت فقط (٢١٦٪) بأن هذه الخدمات تتحدد مستوياتها بين (جيدة) و (متوسطة) . في حين رأت نسبة كبيرة من أفراد العينة بأن تلك الخدمات موزعة بين مستويات (غير مناسبة) و (غير موجودة) وذلك (ينسب ٢٠٨٪ ، ٥٣٦٪ علي التوالي) .

ومن الملاحظ علي هذه النسب ، أن قطاعاً كبيراً من أفراد العينة مازال يعاني من عدم توافر الأجهزة التعويضية والصناعية ، التي تعتبر من الأدوات الأساسية والتي تسهم في التخفيف من أعباء الحياة ومشكلاتها ، ولاسيما مرضي الإعاقات الحركية . وتبرهن هذه الملاحظات علي بعض الحقائق الهامة ، التي حصل عليها الباحث من بعض المسؤولين والعاملين ، خاصة في قطاع المستشفيات ولاسيما المستشفيات التي تستقبل حالات الحوادث وبالذات حوادث المرور مثل " خولة " و " النهضة " علي سبيل المثال . فلقد كشفت مقابلات الدراسة ، عن وجود عجز شديد في الأجهزة التعويضية والصناعية ، نتيجة لتزايد حوادث المرور وكثرة عدد الأفراد ، الذين يحتاجون إلي مثل هذه الأجهزة . وحقيقة ، لقد أشرنا سابقاً ، إلي بعض الإحصاءات العامة عن حوادث المرور بالسلطنة والتي يوجد بها أعلى معدلات حوادث المرور مثل غيرها من الدول الخليجية الأخرى .

(٦) الخدمات الإدارية . تعتبر الخدمات الإدارية من الخدمات المساعدة ، الهامة التي تسهم في التخفيف من معاناة المعوقين في مؤسساتهم المختلفة . وفي الواقع ، لقد عبرت الغالبية من إستجابات عينة البحث من المعوقين ، بأن لديهم نوع من الرضا العام ، حول هذا النوع من الخدمات حيث أشارت نسبة ٦٢٨٪ ، بأن هذه الخدمات جيدة ومناسبة . في حين رأت نسبة ٢٢٤٪ بأن هذه الخدمات غير مناسبة . ويلاحظ ، أن غالبية هذه النسبة الأخيرة ، والتي عبرت عن عدم رضاها عن

الخدمات الإدارية ، جاءت من مستشفى (ابن سينا) وحدها ، نظراً لوجود العديد من مظاهر الخلل الإداري بهذه المستشفى ، والذي ينعكس علي الكثير من خدماتها وتحقيق أهدافها العامة نتيجة لسوء الإدارة كما أشرنا إلي ذلك من قبل .

(٧) الخدمات الثقافية . عبرت إستجابات المبحوثين من المعوقين عن وجود بعض مظاهر للخدمات الثقافية ، حيث أشارت بعض الآراء أن نوعية هذه الخدمات تتحدد ما بين (جيدة) و (متوسطة) وذلك (بنسب ١٣٢٪ ، ٥٢٤٪ علي التوالي) . ولكن كشفت مجموعة كبيرة من آراء العينة عن عدم وجود هذه الخدمات نهائياً ، وخاصة في قطاع المستشفيات ، كما جاءت بعض هذه الآراء من المراكز الأهلية .

(٨) الخدمات الرياضية . يوضح هذا النوع من الخدمات ، بالإضافة إلي الخدمات الثقافية الأخرى ، مظاهر الإهتمام بالعناصر الثقافية والترفيهية في مجال رعاية المعوقين ، ومدى إنعكاساتها علي التأهيل النفسي والإجتماعي لديهم . وبحسوبة عامة ، أشارت نسبة ٢٦٨٪ بأن هذه الخدمات موزعة ما بين جيدة ومتوسطة . ولقد جاءت هذه النسبة كلية من قطاع المدارس ، بالإضافة إلي المراكز القاهيلية الحكومية والأهلية . كما عبرت نسبة ٤١٨٪ من أفراد العينة ، بأن هذه الخدمات لا وجود لها علي الإطلاق وخاصة في قطاع المستشفيات . ومن ثم ، نجد الكثير من المظاهر السلبية التي تؤثر علي الجو النفسي والإجتماعي خاصة في هذا القطاع ، والتي عبرت عنه غالبية أفراد عينة البحث . وهذا ، يعكس في الوقت ذاته ، تصورات العديد من المعوقين وأسره وأسباب عزوفهم عن عدم الإلتحاق ببعض مؤسسات المعوقين ، لأنها ماهي إلا مؤسسات إيواء فقط ، تهدف إلي عزل المعوقين عن المجتمع وهذا ما يلاحظ علي سبيل المثال في مستشفى ابن سينا (انظر جداول رقم (٢٧) و (٢٨) للمعوقين) .

(٩) خدمات التشغيل والمتابعة : يعد تقييم هذه الخدمات من أهم عمليات تقييم جميع الخدمات التأهيلية ، التي تقدم للمعوقين بصفة عامة . وهذا ما تؤيده تأكيدات خبراء التأهيل والمهتمين بالمعوقين كما أشرنا إلى ذلك بالفعل . وفي حقيقة الأمر ، إن خدمات التشغيل والمتابعة ، لا وجود لها علي الإطلاق ، كما كشفت عنها نتائج الدراسة الميدانية ، وعبرت عن ذلك إستجابات عينة المبحوثين وذلك بنسبة (٩٥٪) كما توجد بعض إهتمامات المسؤولين في وزارة الشؤون الإجتماعية لمتابعة حالات فردية لتشغيل المعوقين والسعي لتشغيلهم في بعض الوزارات الحكومية .

حقيقة ، أن غياب سياسة عامة للإهتمام بالمعوقين من شأنه أن يؤثر علي جميع عمليات التأهيل ، والمخرجات الأساسية لرعاية المعوقين ، ولا يحقق الأهداف العامة ، التي كرسست من أجلها عمليات التأهيل ، أو إنشاء مؤسسات لرعاية المعوقين . ومن ثم ، فإن الحاجة ماسة لوضع إستراتيجية قومية لتأهيل وتشغيل المعوقين ومتابعتهم في المؤسسات الحكومية والخاصة . كما أنه لا بد وأن يأخذ في عين الاعتبار ، ضرورة تطبيق القوانين والتشريعات التي وضعتها الدولة منذ عام ١٩٧٣ ، بشأن تأهيل وتشغيل المعوقين بالسلطنة ، وذلك في إطار قوانين العمل الرسمية .

(١٠) خدمات النقلات : بالرغم من الصعوبات التي تواجه مؤسسات رعاية المعوقين بالسلطة ، إلا أن الكثير من المؤسسات الحكومية والأهلية ، تسعى لتوفير المواصفات اللازمة للمعوقين بقدر الإمكان . ولقد أشارت في ذلك بالفعل نسبة كبيرة من المبحوثين المعوقين وتقدر بحوالي (ثلاثي) العينة . إلا أن بعض الأفراد منهم مازالوا يشكون من عدم توافر هذه الخدمات وخاصة في قطاع المستشفيات .

وأخيراً ، وبعد هذا العرض التحليلي لأهم الخدمات التي تقدم للمعوقين في مؤسسات ومراكز الرعاية التي طبقت عليها الدراسة الميدانية . غير أن هناك الكثير من المؤشرات الإيجابية والسلبية ، التي ترتبط بواقع الخدمات الفعلية التي تقدم للمعوقين . وبالطبع ، أن هذه المظاهر بنوعها تسهم في عمليات تقييم هذه الخدمات

من أجل تحسين مستوياتها وتقديمها بصورة أفضل للمعوقين في إطار عملية إدماجهم بالمجتمع . ولكن توجد بعض الصعوبات والمعوقات التي تسهم في كشف المزيد من الحقائق الواقعية ، التي ترتبط بعملية تأهيل ورعاية المعوقين وهذا ماسوف نهتم به حالياً .

(٥) مشكلات ومعوقات عمليات التأهيل والعمل بمؤسسات المعوقين :

كشفت تحليلات الدراسة وشواهدا الواقعية عند تقييم عمليات التأهيل ومؤسسات رعاية المعوقين ، أن هناك الكثير من الجوانب المتداخلة ، التي تشكل طبيعة التأهيل ، ونوعية الخدمات التي تقوم بها هذه المؤسسات . كما عكست عملية التقييم العديد من الفوائد الهامة ، والتي يمكن علي ضوءها إجراء التعديلات والتغييرات البنائية التنظيمية والوظيفية التي تتكون منها عمليات التأهيل نفسها . ومن ثم ، هدفت الدراسة إلي تحليل العلاقة بين كل من منخلات - ومخرجات Inputs - Outputs ، لعملية التأهيل ورعاية المعوقين وذلك من الناحية الواقعية والنظرية .

ولكن عند تحليل عملية تقييم خدمات التأهيل ونوعية العمل بمؤسسات ومراكز المعوقين ، يجب أن نأخذ في الاعتبار توحيد مجموعة من العوامل والمؤثرات الداخلية والخارجية ، التي تحد من نوعية الكفاءة والفاعلية ، ودور هذه المؤسسات والعاملين بها من تادية أهدافها الأساسية . حقيقة ، كما يؤكد علي ذلك معظم علماء إجتماع التنظيم ، وخاصة أصحاب مداخل الانساق المفتوحة Open Systems Perspectives ، أن مؤسسات الرعاية الإجتماعية مثل غيرها من التنظيمات الإجتماعية الأخرى ، التي تتشكل أهدافها وسياستها ، في ضوء المؤثرات والعوامل البيئية الخارجية . لأنها تعتبر بمثابة انساق فرعية Sub - systems ، تابعة للانساق الأكبر الخارجي ، وهو المجتمع الذي توجد فيه .

وعلى أية حال ، وفي إطار إهتمام الدراسة الحالية ، التعرف على أهم المشكلات والصعوبات ، التي تواجه مؤسسات ومراكز المعوقين ، التي أجريت عليها الدراسة الميدانية . ونحاول فيما يلي أن نشير إلى أهم المشاكل والمعوقات ، التي تؤثر على عملية التأهيل والعمل بمؤسسات المعوقين ، والتي يمكن إيجازها إلى مجموعتين من المشاكل والمعوقات وهي :

أولاً : المعوقات الداخلية : وتتضمن مشكلتين أساسيتين هما :

(أ) مشكلة العجز في التخصصات المهنية والفنية .

(ب) مشكلة النقص في التجهيزات والمعدات اللازمة لعمليات التأهيل .

ثانياً : المعوقات الخارجية : وتشير إلى عدد من المشكلات الفرعية من أهمها :

(ج) مشكلة التعاون بين أسر المعوقين ومؤسساتهم .

(د) مشكلة التشغيل والمتابعة .

(هـ) بعض المشكلات الأخرى .

وقبل أن نشير إلى أهم المؤشرات والنتائج الإحصائية ، التي كشفت عنها الدراسة الميدانية ، حول هذه المشكلات ، يجب أن نوضح حقيقة هامة مؤداها: أنه ليس من السهل الفصل بين هذه الأنماط وطبيعة المشاكل ونتاجها المختلفة ، على عمليات التأهيل وتوعية الخدمات ، وتحقيق أهداف مؤسسات المعوقين . فجميع هذه المشاكل تؤثر كل منها بصورة مباشرة وغير مباشرة ، على مخرجات وأهداف عمليات وسياسات رعاية المعوقين .

(١) مشكلة الميز في التخصصات المهنية والفنية :

سنت الدراسة لتلك من واقعة أهم التخصصات المهنية والإدارية والفنية التي تحتاجها بالفعل مؤسسات ومراكز المعوقين التي أجريت عليها الدراسة ، ومدى تأثيرها على نوعية الأداء المهني للعاملين بها . وقد أشارت غالبية إستجابات لجنة البحث من العاملين والمختصين ونسبة ٩٥٪ . بأنه لديها نقص واضح في التخصصات الضرورية والمساعدة . في مقابل ٤٧٪ رأيت أنه ليس لديها نقص في هذه التخصصات . أما عن أهم التخصصات المهنية والفنية الضرورية ، التي يوجد بها عجز في مؤسسات ومراكز المعوقين فهي كما يلي : (١) أخصائيو التأهيل المهني والتوجيه التربوي ٩٦٪ . (٢) أخصائيو التأهيل النفسي ٩٠٪ . (٣) أخصائيو التأهيل الإجتماعي ٨٨٪ . (٤) أخصائيو العلاج الطبيعي والرياضي ٨٦٪ . (٥) الأطباء ٨٥٪ . (٦) المربين الفنيين ٧٠٪ . (٨) نقص الكوادر الصالية ٦٦٪ (انظر جدول رقم (٢٧) . (٢٨) لعاملين) .

ومن الملاحظ ، على هذه النسب السابقة والمتعلقة بالمعجز في الكوادر المهنية والفنية المتخصصة في مجال رعاية المعوقين ، وجود بعض الشواهد على مستوى القطاعات والمؤسسات المختلفة .

- قطاع الدراسة التربوية : يعاني من نقص واضح في التخصصات النفسية والإجتماعية ذات الأهمية في عمليات التأهيل اللازمة للمعوقين ، بالإضافة إلى أخصائيي التأهيل والتوجيه التربوي ، والمربين للتخصصين .

- قطاع المراكز التأهيلية : نجد أن المركز الأممية التطوعية تعاني من نقص شديد في كافة التخصصات السابقة ، نظراً لحدائتها من جهة ، وقلة عدد التطوعين للتخصصين ، وعدم توافرهم من جهة أخرى لمعالجة علي ذلك ، زيادة الطلب من المعوقين للإلتحاق بهذه المراكز التأهيلية ، بسبب وجودها في المناطق

الريفية ، والتي يلاحظ أن بها تزايد نسبي من المعوقين كما أشارت من قبل نتائج الدراسة . أما مركز الخوض الحكومي ، فمازال يحتاج إلي بعض التخصصات المهنية والفنية المتخصصة ، مثل أخصائي التأهيل والتوجيه التربوي ، والمدرسين المهنيين . خاصة وأن هناك ضغطاً ملحوظاً علي المركز باعتباره الوحيد المتخصص في بعض الإعاقات . هذا بالإضافة ، إلي وجود توسعات كبيرة يجري إتخاذها الآن ، لتطوير مستويات الخدمة التأهيلية والمهنية للمعوقين .

- قطاع المستشفيات : بالنسبة للمستشفيات العلاجية العامة (السلطاني والنهضة ، وخولة) ، تعاني من نقص في تخصصات التأهيل النفسي والإجتماعي ، والطبيعي وأيضاً الأطباء . أما مستشفى (ابن سينا) التخصصي للأمراض النفسية والعقلية ، فإنه يعاني من نقص واضح ولمعوس في كافة التخصصات الفنية والمهنية السابقة ، خدمات التأهيل النفسي والإجتماعي والتربوي وغيرها ، مما يؤثر عموماً علي مستوي الكفاءة والفاعلية والأداء المهني والوظيفي للمستشفى بصفة عامة ، وعدم قدرتها علي مواجهة إحتياجات المعوقين والمرضى العقليين والنفسيين ، سواء في العيادات الخارجية أو الداخلية بالمستشفى .

(ب) مشكلة النقص في التجهيزات والمعدات اللازمة لعمليات التأهيل :

تعد هذه المشكلة إحدى المشكلات التي تواجه مؤسسات ومراكز رعاية المعوقين وخاصة الحديثة نسبياً منها ، والتي أنشئت مؤخراً بالسلطنة . فلقد كشفت ، إستجابات عينة البحث من العاملين والمستقلين ، عن وجود نقص واضح في التجهيزات والمعدات اللازمة والتي تتطلبها عمليات التأهيل ، وجاءت تلك الإستجابات بنسبة ٩٦٪ بالإيجاب ، في مقابل ٤٪ فقط لم تشر لوجود نقص في قدرة التجهيزات . أما عن أهم عناصر النقص في هذه التجهيزات والمعدات ، فكانت كما يلي : (١) المعامل والمختبرات ٨٨٪ ، (٢) قاعات الإختبارات والإجتماعات ٨٤٪ ، (٣)

قاعات التأهيل والتدريب ٨٣٪ ، (٤) المباني والمنشآت العامة ٨٢٪ ، (٥) أجهزة العلاج الطبيعي والرياضي ٧٥٪ ، (٦) ورش التدريب المهني ، والقاعات اللازمة للتدريب وذلك بنسب (٥٢٪ ، ٣٦٪ علي التوالي) (انظر جدول رقم (٣٩) و(٤٠)).

وتكشف هذه المعطيات الإحصائية السابقة ، عن بعض المؤشرات علي مستوى القطاعات والمؤسسات العامة للمعوقين ، ويمكن إيجازها في بعض الملاحظات التالية:

- قطاع المدارس : تعاني مدرستي * الأمل ، والفكرية ، من نقص ملحوظ في المباني والمنشآت عامة ، وقاعات التدريب والتأهيل ومعامل الاختبارات النفسية ، والقاعات اللازمة لعمليات التدريب . وذلك حسب ما تتطلبه العملية التربوية ، والتي تحتاج إلي فصول دراسية كبيرة ومتعددة ، تسمح بوضع المستويات والفئات المعاقة ، حسب قدراتها وإمكاناتها ، الجسدية والعقلية ، لتحقيق أهداف العمليات التأهيلية والتربوية لهم .

- قطاع المراكز التأهيلية : أولاً : بالنسبة للمراكز الأهلية ، كما أشرنا سابقاً إن هذه المراكز حديثة النشأة وتمت معظمها بالجهود الذاتية التطوعية ، ولكنها تعاني من نقص واضح في المباني والمنشآت وقاعات التدريب والتأهيل والورش والأجهزة التعويضية والطبيعية والرياضية . كما أن أعداد المعوقين تتزايد بصورة طرئية سنوياً ، وأصبحت هذه المراكز غير قادرة علي مواجهة تلك الأعداد ، مما يجعلها تعتذر عن قبول معظم الحالات التي تتقدم إليها . أما المركز الحكومي (الخوخ) ، فإنه بحاجة أيضاً ، إلي بعض الورش التدريبية ، وقاعات للتدريب والتأهيل والمعامل والمختبرات والأجهزة الفنية اللازمة ، وإن كان يجري حالياً بعض التوسعات في المنشآت والمباني ، لزيادة الطاقة الاستيعابية للمركز بصورة عامة .

- قطاع المستشفيات : من الملاحظ علي هذا القطاع ، وجود تفاوت نسبي بين مستشفياته المختلفة ، ولاسيما " المستشفى السلطاني " التي تتميز بالتجهيزات العلاجية الطبيعية والتأهيلية المتخصصة ، والمباني والمنشآت الحديثة ، ولكنها مازالت تنقصها بعض المعامل والمختبرات التأهيلية اللازمة . أما بقية المستشفيات الأخرى ، فاتها تعاني من نقص كبير وواضح في منشآتها العامة ، وعدم توافر الأجهزة التعويضية والعلاجية وخاصة في أقسام الحوادث في كل من مستشفى (خولة والنهضة) علي سبيل المثال . أما مستشفى (ابن سينا) فيحتاج إلي المزيد من المنشآت العامة ، والمعامل والمختبرات النفسية ، اللازمة لرعاية وعلاج المعوقين ، خاصة ولأنها مزودة جداً بالمرضى المقيمين أو المترددين علي عياداتها الخارجية ، مما يؤثر علي مستويات فاعليتها وأدائها التنظيمي .

(ج) مشكلة التعاون بين أسر المعوقين ومؤسساتهم :

كشفت الشواهد الأمبيريقية للدراسة ، أن هذه المشكلة من المشكلات الهامة ، التي تواجه عمليات التأهيل في مؤسسات رعاية المعوقين التي أجريت عليها الدراسة الميدانية . خاصة ، وأن عملية التأهيل تشمل مجموعة من الأنواع المختلفة للتأهيل ولاسيما التأهيل النفسي ، والإجتماعي ، الذي يؤثر بصورة مباشرة ، علي عمليات التكيف ، والتوافق التربوي والمهني للمعوقين . ولقد أشرنا فيما سبق ، أن تحليل تراث مشكلة المعوقين يوضح الكثير من نتائج الدراسات الإجتماعية والنفسية والبيئية الأيكولوجية ، والتي تؤكد علي أهمية العلاقة المتبادلة والإيجابية بين أسر المعوقين، ومؤسسات رعايتهم وتأهيلهم .

وفي حقيقة الأمر ، إتمت الدراسة بتحليل أبعاد ومظاهر التعاون بين أسر المعوقين والمؤسسات ، التي يعالجون أو يؤهلون فيها تربوياً ومهنياً وصحياً . وجاء هذا الإهتمام ، عن طريق التعرف علي إستجابات كل من المعوقين وأسره من ناحية، والعاملين والمسؤولين في المؤسسات من ناحية أخرى ، حول أوجه هذا التعاون

أو أسباب عدم وجوده . ويسؤال عينة كبيرة من المعوقين وأسراهم عن مدى وجود تعاون فعلي بينهم وبين المؤسسات ، فجاءت نسبة كبيرة من آرائهم لتعبر عن ذلك بصورة إيجابية ٧١,٢٪ ، في حين أشارت نسبة ٢٨,٨٪ منهم بعدم وجود هذا التعاون (انظر جدول رقم (٢٠) للمعوقين) .

أما عن أهم أوجه التعاون بين أسر المعوقين ومؤسسات رعايتهم ، فقد تمثلت في المظاهر التالية : (١) مواظبة الأسر علي الإتصال بالمؤسسات ٥٢٪ ، (٢) زيارة الأخصائي الاجتماعي للأسرة ٢٤,٨٪ ، (٣) دراسة حالات الأسرة إجتماعياً ونفسياً ٩,٦٪ ، (٤) تقديم مساعدات مالية للأسرة ، وإرشادات صحية وثقافية بنسبة ٤٪ ، ١٦٪ علي التوالي) . كما أشارت بعض آراء أسر المعوقين عن أهم أسباب عدم التعاون بينهم وبين المؤسسات وعن أهمها : (١) الإنشغال بمطالب الحياة ٢٠,٤٪ ، (٢) اعتماد الأسرة كلية علي المؤسسة ١٩,٦٪ ، (٣) بعد السكن عن المؤسسة ١٨٪ ، (٤) صعوبة المواصلات ١٣,٢٪ (انظر جداول رقم (٣١) ، (٣٢) ، (٣٣) للمعوقين) .

وفي الواقع ، أن تلك المعطيات الإحصائية ، تعكس نسبة كبيرة منها بمؤشرات إيجابية للتعاون بين أسر المعوقين ومؤسسات رعايتهم . ولكن بالرغم من ذلك ، نجد أن نسبة كبيرة من أفراد المعوقين أشارت لعدم وجود هذا التعاون ، والتي تؤثر بصورة سلبية علي عمليات التأهيل النفسي والإجتماعي للمعوقين . ولقد تبلورت هذه المشكلة في إستجابات العاملين والمسؤولين ، واعتبرتها نسبة كبيرة منهم ، بأن كثير من أسر المعوقين لا تعط إهتماماً ملحوظاً ، بزيارة أبنائهم ومرضاهم لفترات طويلة ، مما يؤثر ذلك علي التكيف النفسي والإجتماعي للمعوقين في المؤسسات . وأصبحت مشكلة عدم التعاون لأسر المعوقين مع المؤسسات ، من إحدي المشكلات الخارجية ، التي عبر عنها العاملون بالفعل ، كما أشارت إستجاباتهم علي ذلك وينسبة ٨٩,٢٪ (انظر جدول رقم (٤٢) للعاملين) .

وفي نفس الوقت ، نلاحظ أن أسباب عدم وجود تعاون بين أسر المعوقين ، يظهر نتيجة لعدم توافر أخصائيين نفسيين وإجتماعيين في الكثير من هذه المؤسسات بما لا يؤثر بصورة مباشرة علي إستقطاب أسر المعوقين ، وجعلهم طرفاً هاماً في عمليات العلاج والتأهيل النفسي والإجتماعي للمعوقين . خاصة ، وأن كثيراً من هذه الأسر تعاني من عزلة إجتماعية ونفسية أيضاً ، تحرص علي عمليات إخفاء المرض وأسباب الإعاقة ، نتيجة للمؤثرات القيمة والعادات والتقاليد والمراكز الإجتماعية . علاوة علي ذلك ، أن معظم عينة البحث من المعوقين ، أشارت أن هذه الفئة تنتمي إلي فئات إجتماعية محدودة ، أو متواضعة الدخل والوسط الإجتماعي ، وتعيش في ظروف إجتماعية وإقتصادية غير مناسبة . مما يجعلها ، تعزف عن عدم الإهتمام بزيارة مرضاهم ، والتعاون مع مؤسسات رعايتهم ، بالإضافة إلي ظروف المواصلات والطبيعة الجغرافية لمناطق السلطنة ، التي تتميز بالمسافات الشاسعة والبعيدة .

(د) مشكلة التشغيل والمتابعة :

يري خبراء التأهيل المهني والتربوي والإجتماعي للمعوقين ، أن عملية التشغيل والمتابعة ، تعتبر من العمليات الأساسية التي تكشف عن جميع مخرجات عملية التأهيل الشاملة ، خاصة ، وأن عمليات التأهيل ومتطلبها من مدخلات متعددة تهدف عموماً ، للسعي لتعليم المعوقين مهناً معينة ، يجدون منها مورداً للعمل والرزق ، وتحقيق نوع من الإستقلال والإعتماد علي الذات للمعوقين علاوة علي ذلك، أن عملية التشغيل والمتابعة تعتبر أولى الخطوات الفعلية لدمج المعوقين في المجتمع ، ولاسيما بعد أن استفادت الكثير من دول العالم ، بتشغيل نسب كبيرة منهم ، كما أظهر المعوقون إستعداداً طيباً لتعلم العديد من المهن والحرف التي يحتاجها المجتمع بالفعل .

ومن هذا المنطلق ، حرصت الدراسة للتعرف علي مدى واقعية مشكلة التشغيل والمتابعة ، في إطار تقييم سياسات الرعاية الإجتماعية والتأهيلية للمعوقين . فلقد

كشفت عينة الدراسة من العاملين والمسؤولين ، أن مشكلة التشغيل والمتابعة ، تعتبر من أهم المشكلات التي تواجه المعوقين ، بعد تأهيلهم بصورة عامة . ولقد عبرت عينة البحث من العاملين ، أن طبيعة الإعاقة والمعوقين ، الذين يتعاملون معهم تستلزم فترات معينة لتأهيل وتشغيل الخريجين ، كما يشير إلى ذلك (جداول رقم (٣٣) و (٣٤) للعاملين) ، حيث حددت تلك الفترات علي النحو التالي : (١) أقل من سنة ١٠.٣٪ ، (٢) سنة / سنتين ٢٦.٧٪ ، (٣) سنتين / ثلاث سنوات ٢.٨٪ ، (٤) ثلاثة سنوات فأكثر ١٠.٧٪ . أما عن الجهات المسؤولة عن تشغيل المعوقين ، بعد تأهيلهم بالسلطنة ، حسب رأي العاملين والمسؤولين من عينة البحث ، فجاءت علي النحو التالي : (١) وزارة الخدمة المدنية ٨٩.٣٪ ، (٢) وزارة الشؤون الإجتماعية والعمل ١٩.٣٪ ، (٣) المديرية العامة للتدريب المهني والعمل ٨.٧٪ .

وفي الواقع ، هناك مجموعة من الصعوبات التي تواجه عملية تشغيل المعوقين بعد تأهيلهم ، وتزيد من أبعاد هذه المشكلة ومن أهمها ، كما كشفت عن ذلك إستجابات عينة البحث من العاملين والمسؤولين : (١) رفض أصحاب العمل تشغيل المعوقين ٦.٤٪ ، (٢) الخوف من تشغيل المعوقين ٦٢.٧٪ ، (٣) عدم تطبيق قانون العمل ٥٨.٧٪ ، (٤) عدم توافر فرص للعمل ٤٧.٣٪ ، (٥) عدم وجود هيئات لتشغيل المعوقين ٤١.٣٪ ، (٦) مشكلة النقل والمواصلات ٣.٨٪ ، (٧) نقص الرواتب ، عدم تدريب المعوقين علي مهن يحتاجها السوق المحلي ، تشغيل المعوقين في مهن أخرى غير التي تأهلوا لها وذلك (بنسب ٣.٠٪ ، ١٧.٣٪ ، ٦٪ علي التوالي) (انظر جدول رقم (٣٥) للعاملين) .

وفي نفس الوقت ، عبرت إستجابات عينة البحث من العاملين والمسؤولين ، عن وجود عدد من المشكلات والصعوبات التي تواجه الخريجين من المعوقين ، بعد تشغيلهم بالفعل في أعمالهم ومن أهمها كما يشير إلى ذلك (جدول رقم (٣٧) للعاملين): (١) صعوبة توافر وسيلة المواصلات الخاصة بالمعوقين ٤.٠٪ ، (٢) عدم

إستمرار المعوقين في العمل ٢٨٪ ، (٢) عدم وجود مساكن قريبة للمعوقين من العمل ٣٦٫٧٪ ، (٤) كثرة التقييد والأجازات ٢٩٫٣٪ ، (٥) التأخير عن مواعيد العمل ٢٧٫٣٪ ، (٦) عدم القيام بالأعمال المطلوبة ٢٤٪ ، (٧) عدم الإلتزام بأداء العمل ٢٦٫٣٪ ، (٨) إثارة المشكلات في العمل ١٢٪ .

وفي الحقيقة ، تكشف هذه البيانات الإحصائية السابقة ، عن عدد من المؤشرات الهامة التي تتعلق بمشكلة التشغيل والمتابعة ، حسب ما كشفت عنها نتائج الدراسة الميدانية ، خاصة وأن عملية تفسير هذه المشكلة ، تتداخل معها الكثير من المشاكل والظروف المجتمعية الأخرى ، والتي توضح طبيعة الوعي الإجتماعي بالإعاقة والمعوقين ، ومدى الإستعداد في تقبل هذه الفئة ، والعمل علي إدماجها في عمليات التنمية . حقيقة ، أن كثيراً من النفقات والتكاليف تتلق في مجال رعاية المعوقين ، ومن ثم يجب العمل علي إستثمارها والتي تتمثل في العائد المنتج لها من الخريجين ، الذين يعتبرون عموماً أهم إستثمار لعملية التأهيل بصفة عامة .

حقيقة ، أن للسلطنة ظروفها الخاصة وإحتياجاتها للقوي العاملة وإعتمادها كثيراً حتي الآن علي العمالة الوافدة ، ولايمكن أن تكون الجهود المبذولة في قطاع المعوقين والذي يشكل ١٪ من مجموع السكان ، بدون عائد أو إستثمار ، يفيد في عمليات التنمية وخاصة في مجال الموارد البشرية . وكما كشفت مقابلات الباحث مع عدد من المعوقين الخريجين ، إنهم بالفعل حصلوا علي مجالات عمل مناسبة ويقومون بأداء أعمالهم بصورة مناسبة ، ولكن هناك العديد من المشكلات التي أشرنا لها فيما سبق ، وتواجه عملية تشغيل المعوقين ، ومن أهم أسباب حدوثها ، عدم تطبيق قوانين العمل بصورة فعلية ، وغياب التعاون بين المؤسسات والقطاع الحكومي والخاص ، نحو تشغيل المعوقين والإستفادة منهم والعمل علي إدماجهم في المجتمع .

(د) بعض المشكلات الأخرى :

كشفت تحليلات الدراسة الميدانية ، عن وجود عدد آخر من المشكلات ، التي لازالت تواجه عمليات تأهيل ورعاية المعوقين ، وتؤدي هذه المشكلات لنتائج عكسية وغير إيجابية نحو علاج هذه المشكلة أو المعوقين ، أو التخفيف من الآثار النفسية والإجتماعية التي يعانون منها مع أسرهم . ولقد حرصت الدراسة ، علي أن تكشف بعض الجوانب الأخرى للمعوقات والصعوبات ، التي تواجه مؤسسات رعاية المعوقين . وحسب ما أشارت إليه إستجابات العاملين والمسؤولين ، عن أهم هذه المشكلات التي يمكن تناولها كما يلي وحسب ما يشير إليها (جداول رقم (٤٠) و (٤١) للعاملين) :

١ - مشكلة التعاون بين المؤسسات والقطاعات الرسمية والإجتماعية : وتعتبر هذه المشكلة عن وجود كثير من عناصر عدم التنسيق والتعاون بين أجهزة الدولة وقطاعاتها المختلفة في مجال رعاية المعوقين ، وهذا بالفعل ما أكدت عليه إستجابات عينة البحث وذلك بنسبة ٨٦٪ . وتعكس آثار هذه المشكلة العديد من النتائج السلبية علي رعاية المعوقين ، أو تأهيلهم أو تشغيلهم بصورة فعالة .

وفي الواقع ، نلاحظ في السنوات الأخيرة ، بعض الإهتمامات النسبية في مجال رعاية المعوقين ، ووجود نوع من البوادر الإيجابية للإهتمام ببعض المؤسسات والقطاعات بمشكلة رعاية المعوقين . إلا أن تلك الإهتمامات ، مازالت طفيفة للغاية ولا تتناسب ، مع أهمية حجم هذه المشكلة وآثارها السلبية ، علي كل من المجتمع والمعوقين معاً .

٢ - مشكلة نقص الوعي الإجتماعي العام حول الإعاقة والمعوقين . تعد حقيقة ، هذه المشكلة من المشكلات الأساسية التي تؤثر علي المعوقين بصورة عامة . ولقد كشفت معظم إستجابات العاملين والمسؤولين في مجال رعاية المعوقين علي ذلك بنسبة ٩٠.٣٪ . وأن غياب الوعي الإجتماعي العام حول المعوقين ، يؤدي إلي زيادة

أسباب الإعاقة في المجتمع ، وعدم إدراك النتائج السلبية من حدوث الإصابة أو العجز . كما ترجع أسباب عدم وجود الوعي ، إلى قلة الإهتمام بالنواحي الصحية والثقافية ، التي تتعلق بحدوث الإعاقات أو الحد منها ، ووجود النظرة المتدنية إلى المعوقين في بعض الأحيان ، وتفسير مشاكلهم بالتفسيرات الخرافية والأسطورية مثل السحر والشعوذة وغيرها .

وبالطبع ، إن عمليات التأثير علي الوعي العام نحو الإعاقة والمعوقين ، يجب تكريس الجهود لها أولاً من خلال عمليات التنشئة الإجتماعية ، وإستخدام جميع مؤسسات التعليم ووسائل الإتصال والإعلام ، للعمل علي تغيير وتحديث العادات والتقاليد ، وزيادة الوعي الصحي والإجتماعي والثقافي ، والعمل علي تطوير نسق القيم والأفكار ، والإتجاهات العامة ، نحو رعاية المعوقين وغيرهم من الفئات غير القادرة إجتماعياً . وبعد ذلك ، أهم الخطوات الأساسية ، نحو تحقيق الولاء والإنتماء ، وزيادة روح التضامن والتماسك الإجتماعي .

- ٣ - مشكلة زيادة الطلب وعدم إستيعاب جميع المعوقين المتقدمين إلي المؤسسات : عكست نسبة كبيرة (٨٩,٣٪) من آراء العاملين والمسؤولين من عينة البحث ، عن وجود مشكلة عدم إستيعاب جميع المتقدمين من المعوقين إلي المؤسسات لرعايتهم وتأهيلهم ، نظراً للزيادة المطردة في عدد السكان من ناحية ، وتزايد أعداد المعوقين وأسباب الإعاقة من ناحية أخرى . وتؤكد ذلك ، المقابلات الحرة للباحث مع عدد من المسؤولين والعاملين في مؤسسات رعاية المعوقين الحكومية والأهلية . فنجد علي سبيل المثال (٢٥) ، عند المتقدمين سنوياً إلي مركز المعوقين بالحكومة يصل إلي أكثر من خمسة إلي ستة أضعاف عدد المقبولين منهم سنوياً ، والذين لايزيدون عن ٦٥ معاقاً في العام ، نظراً للطاقة الإستيعابية للمركز نفسه ، والتي تقتصر أيضاً علي علاج وتأهيل بعض الحالات المعاقة مثل الإعاقات السمعية والحركية فقط .

وهذا ينطبق أيضاً علي مركز (بببد) للمعوقين وغيره ، وزيادة الأعداد السنوية من المتقدمين للإلتحاق بهذه المراكز ، خاصة ، بعد زيادة الوعي الإجتماعي ، ومعرفة أسر المعوقين بالخدمات التي تقوم بها هذه المراكز ، بدلاً من إهمال المعوقين في المنازل وبدون رعاية تذكر . هذا بالإضافة ، إلي أن هذه المراكز الأهلية تسهم في عمليات الرعاية الطبية والعلاجية والإجتماعية في المناطق المحلية ، التي يتعذر فيها توافر خدمات المعوقين .

٤ - مشكلة نقص الموارد المالية ، أشارت تقريباً (ثلاثة أرباع) عينة البحث من العاملين ، بوجود نقص في الموارد المالية المخصصة لمؤسسات رعاية المعوقين . مما يؤثر ذلك بصورة سلبية علي خدمات الرعاية والتأهيل ، واقد ظهر ذلك بدون إستثناء في جميع القطاعات الثلاثة التي شملتها الدراسة . كما يلاحظ في نفس الوقت ، أن المراكز الأهلية تعاني من نقص في مواردها المالية ، وخاصة نتيجة لتواضع المساهمات الأهلية ، وقلة الوعي الإجتماعي ، بدور هذه المؤسسات في المجتمع . ولكن في بعض الأحيان ، تساهم النولة بتخصيص بعض المبالغ السنوية المشجعة لهذه المؤسسات ، مثال ذلك مركز بببد في السنوات الأخيرة .

وأخيراً ، تلك أهم المشكلات والمعوقات ، التي كشفت عنها نتائج الدراسة الميدانية ، علي مؤسسات ومراكز المعوقين ، والتي توضح الكثير من آثار هذه المشكلات ، علي عمليات التأهيل ورعاية المعوقين ، وتحد من مستويات الكفاءة والفاعلية بها . الامر ، الذي يجب أن يتخذ في عين الاعتبار عند عملية تقييم هذه الخدمات ، وكيفية تطويرها وتحديثها ، من أجل الحصول علي خدمات تأهيلية أفضل للمعوقين .

(٦) وسائل التخطيط وتطوير خدمات ومؤسسات رعاية المعوقين :

كشف تحليل تراث مشكلة المعوقين ، عن أهمية وجود إستراتيجيات للتخطيط لرعاية المعوقين ، كما ارتبطت هذه الإستراتيجيات بأبعاد التنمية الشاملة وخاصة في مجتمعات العالم الثالث . وهذا بالفعل ، ما عبر عنه علماء التربية والإجتماع والسياسة الإجتماعية وخبراء المنظمات العالمية ، وغيرهم من المهتمين بتطوير خدمات ومؤسسات رعاية المعوقين (٢٦) . ولقد تركزت معظم تلك الآراء حول أهمية وضع سياسات قومية شاملة لرعاية المعوقين ، يهدف إدماجهم في عمليات التنمية ، وتحقيق نوع من الولاء والإنتماء والتضامن الإجتماعي ، وهذا ما أكد به بالفعل العديد من علماء الإجتماع عند تناولهم قضايا ومشكلات المجتمع الحديث .

حقيقة ، توجد مجموعة من المشكلات التي تواجه سياسات الرعاية الإجتماعية للفئات غير القادرة مثل المعوقين في الدول النامية . ولكن تعتبر عملية التخطيط الإجتماعي والعلمي لرسم سياسات واضحة ، من شأنها أن تتغلب على تلك الصعوبات وتذليلها لرفع مستويات الرعاية وخدمة المعوقين وتحقيق الأهداف العامة ، التي وضعت من قبل مؤسساتها ومراكزها المختلفة . ومن هذا المنطلق ، كرست الكثير من إهتمامات بعض سياسات دولة العالم الثالث ، نحو تبني الأسلوب العلمي في التخطيط لتطوير خدمات ومؤسسات رعاية المعوقين بها ، خاصة بعد أن مكست المؤشرات الإحصائية العالمية ، عن تزايد حجم المعوقين ، وتعدد الآثار والنتائج المترتبة عليها .

ولقد كشفت نتائج دراساتنا الحالية ، عن الكثير من الشواهد الواقعية والميدانية ، تصدر من مؤسسات ومراكز المعوقين بسلطنة عمان باعتبارها إحدى الدول النامية ، التي تسعى جاهدة للإهتمام بمشكلة المعوقين . كما سعت الدراسة ، لتقييم نوعية الخدمات والمؤسسات التي تقوم بتقديم خدمات المعوقين بها ، وذلك بهدف التعرف على أهم الصعوبات والمشاكل التي تواجه تلك المؤسسات في تأدية خدماتها

بصورة أفضل . علا على ذلك ، أن أهداف عملية تقييم خدمات التأهيل المختلفة ، تساعد على إحداث التغير المستمر في السياسات الإجتماعية الراهنة ، وتوجيهها لتقدير الحاجات ووضع البدائل والأولويات ، في مجال خدمات ورعاية المعوقين .

وفي الواقع ، سوف نحاول فيما يلي ، أن نعرض لبعض التصورات والأفكار العامة عن وسائل التخطيط وتطوير خدمات رعاية المعوقين في السلطنة ، وذلك في ضوء ما كشفت عنه مؤشرات الدراسة الميدانية وإستجابات عينة البحث لكل من العاملين والمسؤولين والمعوقين في خضم الوقت . وذلك بهدف إستكمال عملية تقييم خدمات الرعاية ، وتحقيق أهدافها الأساسية ، من أجل تطوير الحالة الراهنة في مؤسسات ومراكز الدراسة العالية .

ولقد كشفت إستجابات عينة البحث من المعوقين ، عن أهم الخدمات التي يجب التخطيط لها ، من قبل مؤسسات الرعاية والعمل على تطويرها وتحسينها بصورة عامة وهي بإيجاز ، كما يشير إلى ذلك (جنول رقم ٢٣) للمعوقين) : (١) خدمات التأهيل النفسية ٩٢٫٦٪ ، (٢) الخدمات التأهيلية الإجتماعية ٩٢٫٢٪ ، (٣) الخدمات التأهيلية الطبية ٨٦٪ ، (٤) خدمات التشغيل والمتابعة ٨٥٫٦٪ ، (٥) الخدمات التأهيلية التربوية والتعليمية ٨٣٫٢٪ ، (٦) خدمات التدريب والتأهيل المهني ٨٢٫٨٪ ، (٧) خدمات رعاية أسس المعوقين ٨٢٪ ، (٨) خدمات توفير الأجهزة التعويضية ٧٦٫٨٪ ، (٩) الخدمات الرياضية ٧٥٫٦٪ ، (١٠) الخدمات الترفيهية والثقافية ٥٦٪ ، (١١) خدمات النقل والمواصلات ٤٣٫٢٪ ، (١٢) توفير خدمات النظافة والصيانة ٣٢٪ ، (١٣) إنشاء المساكن القريبة ٢٦٫٦٪ ، (١٤) تقديم المساعدات المالية ٢٨٫٨٪ ، (١٥) تحسين الخدمات الإدارية ٢٣٫٢٪ .

وتعكس هذه البيانات الإحصائية بعض الملاحظات العامة ، التي نود أن نوجزها كما يلي :

(١) عبرت غالبية إستجابات هيئة البحث من المعوقين ، عن أهمية تطوير الخدمات التأهيلية الأساسية التي تقوم بتقديمها مؤسسات رعايتهم ، والتي تتركز في الخدمات التأهيلية النفسية والإجتماعية والطبيعية والتربوية والمهنية .

(٢) تشير آراء المعوقين باعتبارهم المستفيد الأول من خدمات الرعاية ، لضرورة تطوير خدمات عمليات التشغيل والمتابعة ، وهذا يعبر عن مدى قلق هيئة البحث من المعوقين ، حول مستقبلهم المهني ، خاصة وأن مشكلة التشغيل والمتابعة ، لاتزال من المشكلات الهامة التي تواجه عمليات التأهيل كلها ، كما أشرنا إلي ذلك من قبل .

(٣) توضح إستجابات المعوقين عن أهمية تطوير الخدمات الأخرى المساعدة، والتي تؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة في عمليات تأهيلهم بصورة عامة، والتي تتمثل في تحسين مستويات خدمات الرعاية الأسرية وتوفير الأجهزة التعويضية ، والنقلات ، وتوفير المساعدات المالية وغيرها .

(٤) . تعكس هذه المقترحات في مجملها ، بعض التصورات العامة ، التي يمكن الأخذ بها بعين الإعتبار ، عند وضع سياسات تخطيطية شاملة لرعاية المعوقين ، والعمل علي تحسين المستويات العامة للخدمات التي تقدم لهم .

ومن ناحية أخرى ، اهتمت الدراسة بالتعرف علي أهم آراء وتصورات العاملين والمسؤولين في مؤسسات ومراكز رعاية المعوقين ، ومقترحاتهم العامة ، حول إمكانية تطوير مستويات خدمات الرعاية والتخطيط لرفع كفاءة العمل بهذه المؤسسات . وكيف يمكن الإستفادة من عمليات التقييم الحالية والشاملة لها . وبالفعل ، أشارت

إستجابات عينة البحث من العاملين والمسؤولين ، لبعض المقترحات التي يجب الإهتمام بها عند التخطيط في المراحل المستقبلية القريبة والبعيدة ، وهي كما يشير إليها (جدول رقم ٤٢) للعاملين) عني النحو التالي : (١) توفير الإمكانيات المادية والمالية اللازمة ٩٣٪ ، (٢) توفير الكوادر المهنية والفنية المتخصصة ٩٨٫٧٪ ، (٣) تدريب العاملين ٩٨٪ ، (٤) إجراء مسح إحصائي شامل للمعوقين ٩٣٫٧٪ ، (٥) ضرورة إهتمام وسائل الإعلام وتوجيهها لخدمة المعوقين ٩٦٪ ، (٦) ضرورة الإستفادة من الهيئات العالمية ٩٥٫٣٪ ، (٧) إعداد الكوادر الوطنية ٩٢٫٧٪ ، (٨) تدعيم التعاون بين مؤسسات المعوقين والجامعة ٩١٫٣٪ ، (٩) ضرورة تنفيذ قوانين العمل وتشغيل المعوقين ٨٩٫٣٪ ، (١٠) تدعيم التعاون بين المؤسسات والمجتمع المحلي ٨٨٪ ، (١١) إنشاء ورش محمية ٨٦٪ ، (١٢) توفير المنشآت اللازمة ٨٤٪ ، (١٣) توفير الأجهزة والمعدات المتخصصة ٨٢٫٧٪ ، (١٤) إنشاء مدارس للتربية الخاصة ٨١٫٣٪ ، (١٥) تشجيع الجمعيات الخيرية ٨٠٫٧٪ ، (١٦) إرسال البعثات الخارجية في مجال رعاية المعوقين ٧٨٪ .

وفي حقيقة الأمر ، توضح إستجابات العاملين والمسؤولين من عينة البحث ، بعض الملاحظات الهامة التي يمكن إيجازها كما يلي :

(١) عبرت غالبية إستجابات العاملين علي عدة تصورات هامة ، في صورة مقترحات لوضع إستراتيجية شاملة قصيرة وبعيدة المدى في نفس الوقت ، والتي يجب الإهتمام بها عند تقييم سياسات التخطيط الراهنة لرعاية المعوقين .

(٢) وتتلور أهمية هذه المقترحات وإستخدامها في وضع إستراتيجية قصيرة المدى لرعاية المعوقين ، لأنها ركزت علي ضرورة تطوير الخدمات التأهيلية المتعددة والتي تقوم مؤسسات الرعاية بتقييمها حالياً ، والعمل علي توفير الإمكانيات المادية اللازمة لها . وبعد ذلك

مطلباً أساسياً ، لرفع مستويات الخدمة والفاعلية ، وتحقيق أهداف الرعاية والتأهيل عن طريق ، تدريب العاملين ، وإنشاء ورش مخمية ، ومدارس للتربية ، وتشجيع القطاع الأهلي .

(٣) أما عن أهمية هذه المقترحات ، واستخدامها في وضع إستراتيجيات بعيدة المدى ، فلقد تمثلت في بعض الأفكار والمستويات الهامة مثل ، ضرورة تغيير إتجاهات الرأي العام والوعي الإجتماعي علي مستوى جماعات المجتمع ، ومؤسسات المختلفة . والعمل علي تحديث القيم والمعتقدات السائدة حول الإعاقة والمعوقين ، وذلك عن طريق إستخدام وسائل الإعلام ، والتعاون بين مؤسسات الرعاية وغيرها من مؤسسات المجتمع المحلي .

(٤) تؤكد أهمية إستجابات العاملين والمسؤولين علي حقيقة ما أشارت إليه إستنتاجات الدراسة حول آراء المعوقين ، وخاصة من ناحية رفع مستويات الخدمات التأهيلية الموجودة حالياً بمؤسسات المعوقين .

(٥) عبرت أيضاً ، تلك الإستجابات عن أهمية ربط إستراتيجيات التخطيط لتطوير كفاءة العمل والخدمات علي المستويين قصير وبعيد المدى . وذلك عن طريق ، إجراء مسح شامل للمعوقين في السلطنة ، وضرورة التنسيق والتعاون مع الهيئات والمنظمات العالمية ، التي تهتم برعاية المعوقين ، وهناك بعض الأمثلة الواقعية يجب تشجيعها بصورة أكثر ، وتحقيق المزيد من التعاون مع هذه الهيئات .

وهكذا ، لقد عكست شواهد الدراسة الميدانية في مجال التخطيط ورسم سياسة وإستراتيجية رعاية المعوقين في السلطنة ، عن الكثير من المتغيرات والعوامل الأساسية ، التي يجب الإهتمام بها في وضع أسس هذه الإستراتيجية علي

المستويين قصير وبعيد الأجل . وضرورة وضع هذه الإستراتيجية ، موضع التنفيذ والإعداد لها بصورة علمية سليمة ، لتهدف أساساً علي العمل لإدماج المعوقين في عمليات التنمية الشاملة ، وتحقيق الإستثمار الإيجابي لطاقتهم وقدراتهم ، خاصة وأن السلطنة في أمس الحاجة إلي استغلال مواردها البشرية وتطوير القوي العاملة الوطنية .

→ علاوة علي ذلك ، أن سعي الدراسة وإهتماماتها منذ البداية ، بضرورة تقييم سياسات رعاية المعوقين الموجودة حالياً بالسلطنة ، كان من ضمن أهم أهدافها الأساسية التي حرصت علي تحليله من الناحية الواقعية . والتعرف علي أهم مقومات العمل وطبيعة الأداء المهني والوظيفي للعاملين في مجالات المعوقين ومؤسساتهم المختلفة ، التي أجريت عليها الدراسة بالفعل . كما حرصت الدراسة ، علي تقييم خدمات الرعاية حسب وجهات نظر المستفيد الأول فيها وهم المعوقون ، كما أيدت ذلك مقارنة الدراسة بإستجابات العاملين والمسؤولين حول طبيعة هذه الخدمات .

وعموماً ، أن إهتمامات الدراسة الحالية تبرز الحاجة إلي ضرورة إجراء المزيد من الدراسات المستقبلية في مجال رعاية المعوقين في المجتمعات النامية ، وخاصة مجتمعنا العربي ، التي تقدم بالفعل إلي المعوقين ، وسبل تطوير الإهتمام بهم ورعايتهم من الناحية التأهيلية والمهنية والتربوية ، والعمل علي إدماجهم في المجتمع ، من أجل تحقيق أهداف التنمية الشاملة ، خاصة وأن نسبة المعوقين تعتبر نسبة مرتفعة جداً ، ومازالت تسهم العديد من المشكلات المجتمعية الأخرى ، في إرتفاع معدلاتها ، نظراً لغياب الإستراتيجيات الشاملة ، والتخطيط الإجتماعي العلمي ، للحد من الإعاقة والوقاية منها ، وهذا ما سوف نتناوله في إطار النتائج والتوصيات العامة لدراستنا الحالية .

الهوامش والمراجع .

- (١) للمزيد من التفاصيل ارجع إلي المبحث السابع وجنول سحب العينة بالملحق
- (٢) تجري حالياً بالسلطنة الإستعدادات الأولى : لإجراء أول إحصاء رسمي شامل للسكان ، وذلك مع بداية العام القادم ١٩٩٣
- (٣) مقابلة الباحث مع العاملين والمستولين بمستشفى ابن سينا . لإجراء الدراسة الميدانية وجمع البيانات شبه الجاهزة وذلك خلال شهري مايو ويونيو ١٩٩١ .
- (٤) ارجع إلي
- برام اليصام ، مراجعة نقدية لمفهومي التشخيص والعلاج في برامج المعوقين
المعهد العربي للتخطيط ، ١٩٨٠
- (٥) للمزيد من التفاصيل انظر :
- عبد الله محمد عبد الرحمن ، سوسيولوجيا المستشفى ، دراسة ميدانية في علم الإجتماع الطبي ، الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٠ .
- (٦) انظر ، المبحث الأول .
- (٧) شرطة عمان السلطانية ، الإدارة العامة للمرور ، الإحصاءات العامة لعام ١٩٨٩ .
- (٨) جريدة عمان ، ٢٦/٤/١٩٩٢ ، ص ٢ . كما أشار نفس العدد ، إلي أن حالات الحوادث بالسلطنة تفوق الدول الغربية ، فلقد بلغت متوسط الحوادث بالسلطنة عام ١٩٩٠ (١٦٤) حادثة لكل مائة ألف مركبة ، بينما تصل نفس معدلات الحوادث بالنسبة لهذه المركبات علي سبيل المثال في السويد (٢٠) حادثة فقط ، وفي أمريكا واليابان (٢٥) حادثة .
- (٩) ارجع إلي المبحث الثاني .

(١٠) مقابلة الباحث مع عدد من أطباء مستشفى السلطاني والمستولون بها في شهر يناير ١٩٩١ .

(١١) محمد صفوح الأخرس ، الرعاية والتنمية الإجتماعية ، مرجع سابق ، ص ٢٩٤ .

(١٢) للمزيد من التفاصيل حول هذه الدراسة أرجع :

- ثوية بنت أحمد البرواني ، وضع الطفولة في سلطنة عمان ، الطفولة في مجتمع متغير ، ندوة بجامعة الإمارات العربية ، العين : ٧/٤ رجب ١٤٠٨ هـ - ٢٤/٢١ فبراير ١٩٨٨ ، ص ٢٣٥ - ٣٥٢ .

(13) Rosengrn W. , & S. Devalut " The Sociology of Climate and Space in an obstetrical hospital " in D. Tuckett & J. M. Kaufert , (ed.) Medical Sociology, Cambridge Univ. Press, 1978, pp. 197 - 203 .

(١٤) انظر المبحث الرابع .

(١٥) أرجع إلي المبحث الخامس .

(١٦) للمزيد من التفاصيل ، أرجع إلي المبحث الرابع .

(١٨) حول عمليات تقييم خدمات الرعاية الصحية ومستويات الكفاءة والفاعلية والإشباع أو الرضا العام للمرضي ، وخاصة عند دراسة المؤسسات الطبية العلاجية والمستشفيات ، انظر في هذا الصدد ، المباحث :

- سوسيولوجيا المستشفى ، مرجع سابق ، نتائج الدراسة الميدانية .

- الإنتاجية والأداء التنظيمي والطبي بالمستشفيات ، مجلة الإداري ، العدد (٤٦/٤٥) ، معهد الإدارة العامة ، مسقط ١٩٩١ .

(١٩) ارجع إلي المبحث الخامس .

(٢٠) حقيقة ، لقد كشفت زيارات الباحث الميدانية في قطاع المستشفيات سواء عند تطبيق الجانب الميداني لهذه الدراسة ، أو الإشراف علي برنامج الزيارات الميدانية لطلاب قسم الإجتماع بجامعة السلطان طيلة السنوات الأربع الماضية ٩٢/٨٨ ، عن وجود الكثير من مظاهر الخلل الإداري والمهني في مستشفى ابن سينا للأمراض النفسية والعقلية ، نتيجة لوجود بعض القيادات المهنية الآسيوية ، التي تسيطر علي مراكزها في إدارة المستشفى منذ سنوات طويلة جداً ، وهناك الكثير من المظاهر السلبية في تقديم الرعاية النفسية للمعوقين ، والتي يصعب سردها بالتفصيل .

(٢١) للمزيد من التفاصيل حول هذه الدراسات ارجع إلي :

- Cartwright, A. , Human Relations and Hospital Care, London : Routledge & Kegan Paul, 1974.
- McGhee, A., The Patient , attitude to Nursing Care, London : E. & S. Livingstone, 1981 .

(٢٢) أشرنا قبل ذلك عند عملية اختيار العينة بالنسبة للمعوقين ، أن الدراسة حاولت تجنب بعض مشاكل تطبيق إستمارة البحث مع بعض المعوقين من عينة الدراسة ، وذلك عن طريق حضور ولي الأمر أو الوالد في بعض الحالات للتعرف علي المزيد من المعلومات والبيانات التي تتعلق بموضوعات البحث بصورة عامة .

(٢٣) مقابلات الباحث مع بعض العاملين والمسؤولين ، والملاحظات المباشرة أثناء إجراء الدراسة الميدانية في شهري فبراير / مارس ١٩٩٢ .

(٢٤) مقابلات الباحث مع العاملين والمسؤولين بمستشفى خولة ، د. أحمد درويش و

د. وحيد الخروصي وذلك بتاريخ ١٩٩١/٦/٥

(٢٥) مقابلات الباحث مع العاملين في مركزي (الخوض وينبد) في شهري مارس

وأبريل ١٩٩١ .

(٢٦) انظر المبحث السادس .

المبحث العاشر

النتائج العامة والتوصيات

يكشف تحليل تراث سياسات الرعاية الإجتماعية وقضاياها المختلفة ، عن مدى إهتمام علماء الاجتماع والسياسة الإجتماعية ، كغيرهم من علماء العلوم الإجتماعية الأخرى ، التي كرست جهودها للتعرف علي طبيعة مشكلات الحياة العصرية ، وكيفية التصدي لها ، بعد أن تفاقمت آثارها ونتائجها السلبية علي الحياة الإجتماعية في السنوات الأخيرة بصورة هامة . حقيقة ، ان دور علماء الاجتماع في معالجة قضايا ومشكلات المجتمع ، جاءت متأخرة بصورة نسبية ، منذ نشأة هذا العلم، وإنشغال معظم علماء الاجتماع بدراسة قضايا النشأة والتطور ، التي كانت تعيشها المجتمعات في مراحل إنتقالها إلي المجتمع الحديث . ولكن ما لبثت ، أن توالى إهتمامات علماء الاجتماع ، بالتركيز علي مشكلات مجتمعنا المعاصر ونوعية السياسات الإجتماعية ، وأصبحت من أهم موضوعات علم الاجتماع ذاته في الوقت الراهن .

وبالرغم من جدية هذه الإهتمامات من جانب علماء الاجتماع والسياسة الإجتماعية علي دراسة مشكلات المجتمع الحديث ، إلا إننا نلاحظ مدى تركيز هذه الإهتمامات علي واقع مجتمعات الدول المتقدمة ، دون السعي لدراسة مشكلات المجتمعات النامية والتعرف علي أسباب تفاقم نتائجها وآثارها السلبية في هذه المجتمعات . ويعد ذلك بالطبع إحدوي المتطلبات الأساسية ، التي يجب أن تركز لها جهود علماء الاجتماع وغيرهم من العلوم الإجتماعية ، التي تهتم بقضايا السياسة الإجتماعية ومشكلات العالم النامي .

وإنطلاقاً من هذا التصور ، جاءت إهتمامات وأهداف هذه الدراسة وتركيزها علي تحليل مشكلات سياسات الرعاية الإجتماعية ، والتي تمثلت في دراسة مشكلة المعوقين وسياسات رعايتهم وتأهيلهم في إحدى مجتمعات العالم النامي الخليجية وهي (سلطنة عمان) ، التي تسمي لتقليل الفجوة ، بينها وبين غيرها من مجتمعات العالم النامي والمتقدم . وقبل أن نشير إلي أهم النتائج العامة التي توصلت إليها

الدراسة الحالية ، يجب أن نذكر بعض الملاحظات والحقائق العامة التي من شأنها أن تعطي بعض التوضيحات حول تلك النتائج ، والتي تعتبرها أساساً مجموعة من الإستخلاصات العامة ، كشفت عنها بالفعل تحليلات الدراسة النظرية والشواهد الواقعية الأمبريقية . ومن ثم ، فإن تلك النتائج ماضي إلا مجرد نتائج - لدراسة فردية متواضعة - ، لا يمكن أن نتصور أنها تصل إلي مستوى إصدار تعميمات عامة ، حول مشكلة المعوقين وسياسات رعايتهم وتأهيلهم في جميع الدول النامية . نظراً ، للاختلافات المتغيرة للواقع الإجتماعي لهذه الدول من ناحية ، ونوعية الإهتمامات الأساسية ، التي ينطلق منها الباحثون حسب تخصصاتهم المختلفة ، وتوجيهاتها نحو تحليل القضايا والمشكلات ، التي يطرحونها للمعالجة والدراسة من ناحية أخرى .

كما تعكس نتائج هذه الدراسة ، بعض الإستخلاصات العامة ، التي يمكن إعتبارها مجرد تصورات نظرية وشواهد أمبريقية ، تتيح المزيد من الفرص أمام الباحثين والمنهجين ، بقضايا سياسات الرعاية الإجتماعية ومشكلات الفئات الخاصة ، مثل المعوقين في الدول النامية . علاوة على ذلك ، قد تسهم نتائج هذه الدراسة ، في كيفية تحسين سياسات الرعاية الإجتماعية الواقعية ، والعمل على تحديثها وتغييرها من أجل تسييم سياسات وخدمات إجتماعية أفضل للمعوقين في المجتمع . كما تجيء أهمية هذه الدراسة ، في الكشف عن المزيد من الحقائق والشواهد الواقعية ، حول رعاية وتأهيل المعوقين في إحدى مجتمعات الدول العربية الخليجية ، والتي لم يجر عليها أي نوع من الدراسات النظرية أو الأمبريقية سابقاً يتعلق بهذه المشكلة .

وبإيجاز ، نود أن تسهم هذه الدراسة ، في فتح المجال أمام الدراسات المستقبلية الأخرى ، وتعتبرها بمثابة نقطة إنطلاق لها ، لتعزيز أساليب البحث العلمي لدراسة المشكلات الإجتماعية الواقعية ، والتصدي لها عن طريق التخطيط الإجتماعي المدروس . خاصة ، وأن مشكلة المعوقين ، تعد من أهم المشكلات ، التي تؤثر علي

المجتمع بأسره ، وتزايد بصورة مستمرة ، حتي بلغت أكثر من ١٠٪ من مجموع السكان. وهذا ، يعد إهداراً للطاقات البشرية ، وموارد القوى العاملة ، التي مازالت تحتاجها مجتمعاتنا العربية ، لتحقيق مستويات أفضل للتنمية الشاملة .

وعموماً ، سوف تلقي الضوء علي أهم النتائج والاستخلاصات الهامة ، التي كشفت عنها التحليلات النظرية والشواهد الإمبريقية ، وذلك من خلال عدة نقاط أساسية وهي :

أولاً : طبيعة الحياة الاجتماعية والمعيشية للمعوقين .

ثانياً : أسباب حدوث الإعاقة وعلاقتها بالبيئة الاجتماعية والسلوكية .

ثالثاً : الوعي الاجتماعي للإعاقة والرعاية منها .

رابعاً : عمليات التأهيل ونوعية خدمات المعوقين .

خامساً : مشكلات ومعيقات التأهيل ورعاية المعوقين .

أولاً : طبيعة الحياة الاجتماعية والمعيشية للمعوقين :

(١) تعكس الظروف الاجتماعية والاقتصادية ، التي تحيط بفئة المعوقين الكثير من العوامل ، التي ساهمت في حدوث الإعاقة أو كيفية التعامل معها من ناحية الرعاية والتأهيل . ولقد كشفت متغيرات مثل الموطن الأصلي أو محل الإقامة ، والسن ، ومستوي التعليم ، والدخل والمهن ، عن كثير من المظاهر التي ارتبطت بالإعاقة . وتوضح بصورة عامة ، مدى أهمية تحليل هذه المتغيرات في دراسة المعوقين ومشكلاتهم الأساسية.

(٢) كشفت الدراسة عن وجود علاقات قوية ، بين طبيعة الإقامة ونسبة الإعاقة ، والتمييز بين ماعو معروف بين المناطق الريفية والريفية

والمناطق الحضرية ، حيث جاءت أغلبية المعوقين من مناطق بدوية
ريفية الأصل ، والتي ترتبط ببعض المؤشرات الأخرى ، مثل قلة
المستوى الاقتصادي للأسرة ، وتواضع المكانة الاجتماعية بصورة
ملحوظة .

(٣) توضح مؤشرات الدراسة عن وجود نسبة كبيرة من المعوقين ، بين ممن
تقل أعمارهم عن الخامسة عشر أو من هم في مرحلة الطفولة ، حيث
بلغت نسبة الإصابة أو الإعاقة بهم أكثر من ٤٥٪ . وهذا يعكس
العلاقة بين إرتفاع معدلات الإعاقات وطبيعة الهرم السكاني ، الذي
يشكل قاعدته الأساسية الأطفال بصورة عامة .

(٤) تعكس طبيعة الوسط الاجتماعي والتعليمي والمهني ، مؤشرات قوية
لحدوث الإعاقة ونسبة المعوقين ، فأغلب حالات الإعاقة تركزت في أسر
كبيرة الحجم نسبياً ، وتعيش في بيئة فيزيقية وسكنية ، لا تتطابق مع
طبيعة الإعاقة ، وحجم الأسرة وإحتياجات أعضائها . كما تنخفض
معدلات التعليم ومستويات المهنة ، بين الكثير من الأفراد المعاقين
وأسرهم ، مما يؤثر ذلك علي طبيعة الجو النفسي والتكيف الاجتماعي
للمعاق وأسرته .

(٥) إزدادت معدلات الإعاقة والمعوقين بين الذكور عن الإناث وذلك
بنسبة ٣ : ٢ تقريباً . وهذا مايشير إلي بعض مؤشرات حدوث الإعاقة
بين الجنسين وتباينها لصالح المرأة من ناحية الإلتزان الإنفعالي
وضغط الحياة العصرية علي الذكور وتحمل أعبائها .

ثانياً : أسباب حدوث الإعاقة وإرتباطها بالبيئة الإجتماعية والسلوكية :

(١) تعتبر العوامل الوراثية من أهم العوامل المسببة للإعاقة ، والتي تنتج بصورة أساسية عن زواج الأقارب . وإرتفاع معدلات الإعاقة في المجتمع . حيث كشفت الدراسة ، عن علاقة قوية وموجبة بين عامل "زواج الأقارب" وحدث الإعاقة وتعددتها في نفس الوقت ، حيث بلغت حالات الإعاقة وتعددتها في الأسر الواحدة أحياناً ، إلى " خمس حالات إعاقة " متنوعة .

(٢) تعكس طبيعة العوامل الوراثية وزواج الأقارب ، نوعية نمط البناء الإجتماعي ، ونسق العادات والتقاليد ، والإتجاهات القيميّة المتعددة ، والتي يجب أخذها في الإعتبار ، عند تفسير أسباب حدوث الإعاقات ، والعوامل المؤثرة فيها .

(٣) ساهمت العوامل الإجتماعية الأخرى في زيادة معدلات الإعاقة وحدثها ، مثل إرتفاع معدلات الأمية والجهل ، وعدم وجود الوعي الصحي والإجتماعي الناتج عن الإعاقة ، وكيفية حدوثها والعلاج والوقاية منها . كما جاءت عوامل أخرى ، مثل الإهمال وعدم العناية بالأطفال ورعايتهم من أهم أسباب حدوث الإعاقات ، والتي تفسر الكثير من المظاهر السلوكية والبيئية السلبية .

(٤) يعد إرتفاع نسبة الحوادث ومعدلاتها المطردة في زيادة حجم مشكلة الإعاقة والمعوقين بالمجتمع العماني مثل غيره من المجتمعات الخليجية الأخرى ، ولاسيما حوادث الطرق والمروور . ومن ثم ، تعتبر الحوادث

من أهم العوامل المسببة للإعاقات ، وخاصة الإعاقات الحركية والعقلية.

(٥) تشكل أهم الإعاقات الموجودة من ناحية تزايد أعدادها النفسية ، الإعاقات العقلية والنفسية ، ثم الإعاقات الحركية وتقل معدلات إعاقات المكفوفين . وهذا يعكس الكثير من الأسباب التي ، تؤدي إلى هذه الأنواع من الإعاقات ، والتي تسهم فيها مجموعة العوامل الوراثية والاجتماعية معاً .

(٦) ارتبطت نسبة كبيرة من حدوث الإعاقات بفترة الحمل أو بعد الولادة مباشرة ، وحدثت الإعاقات الخلقية الناتجة عن العوامل الوراثية من الدرجة الأولى . وقلة الوعي الصحي والثقافي المرتبط بزواج الأقارب ، ورعاية الأم الحامل أثناء فترة الحمل ، وعدم التردد السري على العيادات الطبية والعلاجية .

(٧) ساهمت بعض العادات الاجتماعية والسلوكية البيئية الأخرى عن وجود أسباب أخرى لحدوث الإعاقة وزيادة معدلاتها ، مثل الزواج المبكر ، وتعدد الزوجات . فلقد ارتفعت نسبة الإعاقة بين حالات الزواج المبكر ، نتيجة لولادة الأطفال المبشرين (ناقصي النمو) ، وقلة الوعي الصحي ، والمستوى التعليمي والثقافي للأمهات ، وسوء التغذية والائتماس . كما كشفت الدراسة ، عن وجود علاقة نسبية بين تعدد الزوجات ، وإرتباطها بالإعاقة ، ورغبة الزوج في إنجاب أطفال غير معاقين .

ثالثاً : الوعي الاجتماعي للإعاقة والوقاية منها :

(١) كشفت الدراسة عن وجود إستعداد قوي لدى المعوقين وأسرهم للإلتحاق بمؤسسات الرعاية والتأهيل منذ البداية ، إلتماساً للحصول علي رعاية وخدمات علاجية وطبية ونفسية وإجتماعية ومهنية في هذه المؤسسات . وهذا يوضح مستويات الوعي الاجتماعي نحو الإعاقة وسبل علاجها والتكيف معها عن طريق مساهمة المراكز التأهيلية المتخصصة .

(٢) في نفس الوقت ، أظهرت بعض مؤشرات الدراسة وجود حالات من التردد قبل إلتحاق المعوقين وأسرهم بمؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين ، لعدم وجود معلومات كافية لديهم حول تلك المؤسسات ، وتصور البعض منهم أنها مؤسسات إيوانية . علاوة علي ذلك ، رغبة الأهل في إخفاء المرض حرصاً علي المركز الاجتماعي ، وعدم ضمان مستقبل مهني للمعوقين ، وطبيعة العادات والتقاليد ، والميل إلي العزلة الاجتماعية نتيجة لوجود إعاقات ، والنظر المجتمعية السلبية للمعوقين في بعض الأحيان .

(٣) تعكس طبيعة النظرة المجتمعية إلي المرض والإعاقة أو العجز ، كثيراً من العوامل التي تساهم في أثارها السلبية ، علي الفرد المعاق وأسرته . نظراً ، لإسهامها في زيادة العزلة الاجتماعية ، وعدم التكيف مع الإعاقة من الناحية الاجتماعية ، وينتج عنها عدم الرغبة في الإفصاح عن المرض والعامة ، نتيجة للخجل الاجتماعي ، المرتبط بنوعية بعض الإعاقات المرضية مثل الإعاقات النفسية والعقلية.

(٤) توضح طبيعة العادات والتقاليد ، والانساق الثقافية الفرعية المحلية ، عن وجود كثير من الأساليب غير العلاجية السليمة ، التي يلجأ إليها المعوقون وأسرهم، نتيجة لعدم وجود الوعي الإجتماعي والثقافي والصحي ، عن طبيعة المرض والإعاقة، وكيفية الحصول علي الطرق السليمة لعلاجهم . ويظهر ذلك بوضوح ، في علاج حالات الإعاقة والعاهات المزمنة ، التي لا يستطيع الطب الحديث علاجها بسرعة وسهولة ، ويلجأ أصحابها إلي "العلاج الشعبي" . وإن كان ذلك يفسر في الوقت ذاته ، طبيعة تأثير نسق المعتقدات ، والقيم الثقافية الفرعية التي تساهم في فهم عملية العلاج والمرض بصورة عامة .

(٥) ان إختلاف معايير النظرة ، والإهتمام إلي المعوقين ، وأسباب حدوث الإعاقة ، والوقاية والحد من أثارها المتعددة علي كل من المعاقين وأسرهم والمجتمع ، يحتاج إلي كثير من التغيير في نسق المعتقدات ، والقيم والإتجاهات ، والعادات والتقاليد ، والعمل علي تحديثها وتطويرها بالأساليب العلمية الحديثة . ووضوح إستراتيجيات للرعاية الإجتماعية وسياساتها ، وتوجيه الرأي العام عن طريق التنشئة الإجتماعية ، وإبراز دور المؤسسات التعليمية والإعلامية . للإسهام في رعاية المعوقين وعلاجهم .

رابعاً : عمليات التأهيل ونوعية خدمات المعوقين :

(١) تنوعت عمليات التأهيل التي تقوم بها مؤسسات ومراكز ومستشفيات رعاية المعوقين بالسلطنة . حيث توجد عمليات التأهيل الطبي والعلاجي والمهني والإجتماعي . وتسهم هذه العمليات في إعداد الكثير من المعوقين للتكيف مع حالات إعاقاتهم ، أو إكتساب بعض المهن

العرقية والمهنية التي تساعدهم على الإعتماد على النفس والإستقلالية وتكوين الذات . وهذه تعتبر مؤشرات إيجابية هامة تبرز إنجازات سياسة رعاية المعوقين في السلطنة ، بالرغم من حداثة تجربتها في هذا المجال ، بالمقارنة بغيرها من الدول الخليجية والعربية .

(٢) ساهمت في زيادة هذه المؤشرات الإيجابية ، طبيعة العاملين في مجال مؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين ، ونوعية الأعداد الوظيفي والمهني لهم مثل : الخبرة، والتعليم ، والتخصص ، والإستعداد للعمل ، وتحمل المسؤولية ، والإقتناع بأهمية وحتمية العمل الإنساني مع المعوقين ، وغير ذلك من متغيرات أخرى ، توضح مستويات الأداء الوظيفي والإنجاز في العمل .

(٣) في نفس الوقت ، توجد بعض المؤشرات السلبية الأخرى ، التي تشير إليها شواهد الدراسة الواقعية ، وتؤثر على طبيعة الأداء الوظيفي والمهني للعاملين ، وتحقيق الأهداف العامة لمؤسسات ومراكز التأهيل . ومن أهم هذه المؤشرات ، عدم الإهتمام النسبي بخدمات التأهيل الإجتماعي للمعاقين وأسراهم ، كما لم تعط هذه المؤسسات أي نوع من الإهتمام بخدمات التأهيل النفسي على الإطلاق ، مما يؤثر ذلك على عمليات التأهيل ، وتحقيق الرعاية الشاملة للمعوقين .

(٤) مازالت تحتاج الكوادر المهنية في مؤسسات ومراكز التأهيل ، إلى المزيد من عمليات التدريب المستمر ، لرعاية وتأهيل المعوقين . وهذا ينعكس على مستويات الخبرة ، والإعداد ، حيث توضح الشواهد الميدانية ، عدم وجود إهتمام بعملية التدريب ، وتحديث الكفاءات المهنية الموجودة، والتعرف على المزيد من عمليات رعاية تأهيل المعوقين .

(٥) تشهد السلطنة نشاطاً ملحوظاً في السنوات الأخيرة ، وخاصة في قطاع النشاط الخيري التطوعي ، وإنشاء بعض مراكز لرعاية المعوقين وأسرهم سواء في المناطق الحضرية أو الريفية البعيدة . ويعتبر ذلك من أهم المؤشرات الإيجابية ، التي تسهم في زيادة الوعي الاجتماعي ، والتطوعي الخيري في مجال رعاية وتأهيل المعوقين ، وإن كانت تحتاج تلك المبادرات الإيجابية إلى المزيد من الإهتمام لتشجيعها وإنتشارها .

خامساً : مشكلات ومعوقات التأهيل ورعاية المعوقين .

(١) تعد مشكلة العجز في التخصصات المهنية والفنية ، في مؤسسات ومراكز تأهيل المعوقين من أهم المشكلات ، التي تواجه هذه المؤسسات في عمليات الرعاية والتأهيل . وخاصة ، أخصائيو التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني ، والتربوي ، والعلاج الطبيعي والأطباء ، وغيرهم من التخصصات الأخرى المساعدة لهم .

(٢) ظهرت مشكلة النقص في التجهيزات والمعدات اللازمة لعمليات التأهيل المختلفة؛ مثل المعامل والمختبرات ، وقاعات التأهيل والتدريب ، وأجهزة العلاج الطبيعي ، وورش التأهيل المهني . وبعض المباني والمنشآت الأساسية ، التي تعد في مجملها نوع من المعوقات الرئيسية ، وتحد من كفاءة عمليات التأهيل ، وقايلتها بصورة كبيرة .

(٣) تعتبر مشكلة التشغيل والمتابعة للمعوقين ، من أهم المشكلات التي كشفت عنها شواهد الدراسة الواقعية . وجاءت الأسباب متنوعة ومتعددة لحوثها في نفس الوقت . وهذا يعكس الكثير من إهمال عمليات التأهيل المبذولة بالفعل ، ولايحقق طبيعة الإستثمارات الفعلية،

، التكاليف الباهظة ، التي تنفق على المعوقين حتي تأهيلهم . ويرجع
أولي هذه الأسباب عدم وجود مؤسسات متخصصة ، تهتم بعمليات
التشغيل والمتابعة ، وتطبيق قوانين العمل الخاصة بالمعوقين الموجودة
منذ أكثر من عشرين عاماً بالسلطنة

(٤) تظهر مشكلة التعاون بين مؤسسات رعاية المعوقين وأسرهم ، من
المشكلات الهامة ، التي تنعكس علي عمليات التأهيل بالنسبة للمعاق .
وطبيعة التكيف النفسي والإجتماعي ، والتوافق التربوي والمهني
للمعوقين . وهذا يكشف نوعاً من القصور في التعاون الإيجابي بين
المؤسسات وأسر المعوقين ، نظراً لعدم وجود أهداف محددة من قبل
هذه المؤسسات ، لإستقطاب الأسر ، للإسهام بدور إيجابي في رعاية
أبنائهم ، والعمل علي زيادة الوعي الإجتماعي والثقافي لديهم

(٥) تواجه مؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين مشكلة زيادة الطلب وعدم
إستيعاب جميع المتقدمين من المعوقين ، الذين يزداد عددهم بصورة
طردية سنوياً . وما زالت تعاني هذه المؤسسات ، من زيادة كثافة عدد
المعوقين بها ، كما لا تستطيع قبول نسبة كبيرة منهم ، مما يشكل ذلك
أعباء كبيرة سواء علي المؤسسات وعلي أسر المعوقين ، الذين لم
يعا لفهم الحظ للإلتحاق بهذه المؤسسات .

(٦) مشكلة عدم وجود تنسيق بين المؤسسات ومراكز المعوقين وغيرها ، من
المؤسسات المجتمعية الأخرى سواء أكانت حكومية أم خاصة . والتي
تظهر بسبب غياب إستراتيجية عامة لرعاية المعوقين ، تهدف
لإستقطاب الكثير من الجماعات والأفراد للمشاركة في عمليات
التأهيل ، وتقديم الدعم المادي والمعنوي لها ، وإتخاذ خطوات إيجابية
من أجل تقديم خدمات تأهيلية أفضل للمعوقين

(٧) تعتبر مشكلة نقص الوعي الإجتماعي العام ، من أهم المشكلات التي تواجه المعوقين ومؤسسات رعايتهم المختلفة ، كما تسهم هذه المشكلة في عدم توجيه الرأي العام ، حول أهم أسباب الإعاقة في المجتمع وخاصة تلك العوامل الإجتماعية، التي ترتبط بنسق العادات والتقاليد ، والنظرة غير الملائمة لكل من الإعاقة والمعوقين ، وعدم إتخاذ الوقاية اللازمة للحد منها . خاصة ، وأن أثارها متعددة علي كل من الأفراد المعاقين وأسرفهم ومجتمعهم . وبالطبع ، أن ذلك لن يتحقق إلا في ضوء إستراتيجية عامة لتعبئة الرأي العام ، وتحديث الإتجاهات والقيم السلوكية نحو الإعاقة والمعوقين .

(٨) تعكس الشواهد الواقعية للدراسة ، عن تركيز غالبية مؤسسات رعاية المعوقين في المناطق الحضرية بمنطقة مسقط وضواحيها ، والتي تتمثل في عدد من المدارس التربوية الخاصة ، أو المراكز التأهيلية المتخصصة والمستشفيات العلاجية الأخرى ، مما يسهم ذلك في عدم إقبال عدد كبير من المعوقين في الإلتحاق بهذه المراكز ، وخاصة من يقيمون في المناطق النائية . وإن كان قد ظهر في السنوات الأخيرة ، عدد من المراكز الأهلية التطوعية ، التي تسعى جاهدة لرعاية بعض من هؤلاء المعوقين ، ولكن مازالت الحاجة ماسة ، إلي المراكز والمؤسسات الكبرى والمتخصصة في هذه المناطق .

وأخيراً ، تسعى الدراسة لطرح عدد من المقترحات ، التي تتمثل في مجموعة من التوصيات الهامة ، والتي تتمني أن تكون مؤشراً عاماً ، يمكن الإستفادة به في عمليات التخطيط والإعداد لسياسات مستقبلية لرعاية المعوقين ، كما تفيد الباحثين والمهتمين بدراسة مراكز ومؤسسات الرعاية الإجتماعية ، وأهم هذه التوصيات مايلي:

(١) ضرورة إجراء إحصاء شامل للمعوقين ، للتعرف علي الإعداد الفعلية الموجودة ، وبياناتها الأساسية مثل العمر ، والنوع ، والمهنة ، والحالة الإجتماعية ونوعية الإعاقة ، وطبيعة الإقامة وغيرها . مما يسهم ذلك في الإعداد لعمليات التأهيل والتخطيط للرعاية ، وإتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة .

(٢) العمل علي وضع إستراتيجية عامة للتخطيط الإجتماعي والمهني ، الذي يهدف لعملية إدماج المعوقين في المجتمع ، والإستفادة منهم في عمليات التنمية الشاملة . خاصة ، وأن نسبتهم قد تسهم بصورة فعلية ، في تنمية الكوادر البشرية ، بعد تأهيلهم وإعدادهم للعمل . ويجب أن تتضمن هذه الإستراتيجية ، إعداد الخطط لعملية الإدماج علي المستوي القريب والبعيد ، وذلك عن طريق ، التخطيط الإجتماعي نحو المعاق ذاته ، وعلي مستوي الجماعات والفئات ، وعلي مستوي المجتمع .

(٣) يجب توجيه إستراتيجية التخطيط لإدماج المعوقين ، نحو تغيير الإتجاهات والقيم ، وطبيعة الأدوار الإجتماعية ، والعمل علي تحديث ومرونة التفاعل والتعامل مع المعوقين ، وتحسين الخدمات الأساسية وإشباع الحاجات الضرورية ، وتطوير النظم التشريعية والقانونية لرعاية المعوقين وتأهيلهم .

(٤) العمل علي إجراء البحوث العلمية المستمرة ، للتعرف علي أسباب حدوث الإعاقة ، وزيادة معدلاتها في المجتمع ، وتحديد الآثار الناتجة عن العوامل الوراثية وخاصة " زواج الأقارب " ، نظراً لإسهامها في رفع معدلات الإعاقة بصورة مطردة ، وإتخاذ التدابير اللازمة للوقاية من هذه الأسباب وغيرها ، للتخفيف من الآثار السلبية علي كل من المعوقين وأسرتهم والمجتمع .

(٥) ضرورة تحديث الوعي الاجتماعي العام ، نحو الإعاقة والمعوقين ، وذلك عن طريق دور التنشئة الاجتماعية ، في مؤسسات ، ومراحل التعليم المختلفة ، وتقييم المناهج الثقافية الصحية اللازمة ، لكل الفئات الاجتماعية . وتغيير الاتجاهات والقيم التقليدية ، عن طريق الأساليب العلمية المخططة .

(٦) وضع سياسة إعلامية ناجحة ، تهدف لاستغلال وسائل الاتصال الإعلامي والجماعي ، وقدرتها علي التأثير وتغيير اتجاهات الرأي العام ، نحو الإعاقة وأسبابها ، ونتائجها السلبية علي الفرد والمجتمع . وضرورة ربط هذه السياسة ، في إطار الإستراتيجية العامة للإهتمام برعاية المعوقين ، وتأهيلهم ودمجهم في المجتمع .

(٧) العمل علي إتخاذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الحوادث ، وخاصة حوادث الطرق والمرور ، نظراً لإسهامها البالغ في زيادة معدلات الإعاقة والمعوقين في السنوات الأخيرة ، وتؤدي إلي المزيد من إهدار للطاقات البشرية وخاصة بين عناصر الشباب .

(٨) ضرورة التقييم المستمر ، لكل من عمليات التأهيل ومؤسسات ومراكز رعاية المعوقين ، والتعرف علي واقع فاعلية وكفاءة هذه الخدمات والقائمين علي تقديمها من العاملين ، والعمل علي تحديثها بصورة مستمرة حتي تقي بمتطلبات الرعاية الشاملة .

(٩) العمل علي توفير الكوادر الفنية والمهنية اللازمة لعلاج المعوقين وتأهيلهم في المؤسسات العالية ، مع التركيز علي إعداد الكوادر الوطنية ، لضرورة الحاجة إليها في المراحل القادمة ، وتنمية العجز في الكوادر الأخرى الموجودة بالفعل .

(١٠) ضرورة توفير الأجهزة والأدوات والمنشآت اللازمة للمؤسسات الحالية ،
للإسهام في زيادة فاعلية الخدمات التأهيلية ، والتي تعتبر عنصراً
أساسياً ، في تطوير وتحديث هذه الخدمات ، ورفع مستويات الأداء
المهني والوظيفي للعاملين بها .

(١١) يجب تحسين مستويات التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي سواء
للمعوقين ، أو الإهتمام برعاية أسرهم ، وذلك عن طريق إنشاء المزيد
من الورش الحمية المتخصصة ، والعمل على إستقطاب أسر المعوقين
في عمليات الرعاية والتأهيل. نظراً لأهميتهم في تقديم الخدمات
التأهيلية الشاملة .

(١٢) العمل على إنشاء المزيد من المدارس التربوية الخاصة ، والمراكز
التأهيلية الأخرى ، وخاصة في المناطق النائية والولايات الأخرى ،
حتى يتم الإستفادة من خدمات الرعاية والتأهيل لجميع المعوقين في
المجتمع . وإستيعاب المزيد من المتقدمين منهم في المرحلة الراهنة
والمستقبلية .

(١٣) ضرورة تشجيع الجمعيات الأهلية الخيرية ، للإهتمام بمجال رعاية
المعوقين ، خاصة ، بعد أن أثبتت تلك المؤسسات دورها الإيجابي في
تأهيل المعوقين ورعاية أسرهم في المناطق الحضرية والنائية في نفس
الوقت ، وحتى يحقق ذلك مزيداً من روح الولاء والإتطاء ، والتضامن
الاجتماعي .

الملاحق

(١)

أدوات البحث

(أ) استمارة البحث لعينة المعوقين

(ب) استمارة البحث لعينة العاملين والمستولين

أولاً: البيانات الأساسية

- ١- الاسم :
- ٢- النوع : ١- ذكر () ٢- أنثى ()
- ٣- العمر : ١- أقل من ٥ سنوات () ٢- من ٥-١٠ سنوات ()
- ٣-١- ١٠-١٥ سنة () ٣-٢- ١٥-٢٠ سنة ()
- ٣-٣- ٢٠-٢٥ سنة () ٣-٤- ٢٥-٣٠ سنة ()
- ٤- اسم ولي الأمر :
- ٥- محل إقامة الأسرة : اسم المنطقة : اسم الولاية :
- ٦- الحالة الاجتماعية : ١- أعزب () ٢- متزوج ()
- ٢- أرمل () ٤- مطلق ()
- ٧- الحالة التعليمية : ١- أمي () ٢- يقرأ فقط () ٣- يقرأ ويكتب ()
- ٤- ابتدائي () ٥- إعدادي عام / فني () ٦- ثانوي عام / فني ()
- ٧- معهد / كلية متوسطة () ٨- جامعي ()

ثانياً : بيانات عن الإعاقة

- ٨- نوع الإعاقة : ١- حركية () ٢- حسية ()
- ٢- عقلية () ٤- نفسية ()
- ٥- متعدد الإعاقات ()
- ٩- سبب الإعاقة : ١- خلقي () ٢- وراثي ()
- ٢- مرضي () ٤- حادث ()
- ٥- سوء تغذية () ٦- مرض مزمن ()
- ٧- شلل () ٨- تسمم ()
- ٩- علاج شعبي () ١٠- علاج طبي خاطيء ()
- ١١- عدم التطعيم () ١٢- نقص الوعي الصحي ()
- ١٣- أسباب أخرى تذكر :

١ - العمر عند حدوث الاعاقة :

١ - منذ الولادة

- ٢ - أقل من ٥ سنوات () ٣ - من ٥ - ١٠ سنوات ()
 ٤ - من ١٠ - ١٥ سنة () ٥ - من ١٥ - ٢٠ سنة ()
 ٦ - من ٢٠ - ٢٥ سنة () ٧ - ٢٥ سنة فأكثر ()

١١ - هل توجد اعاقات أخرى في الأسرة ؟

- ١ - نعم () ٢ - لا ()

في حالة الإجابة بنعم يستخدم الجدول التالي للإجابة عن رقم ١٢ :

١٢ - ما هي هذه الحالات ؟

مسلسل	الاسم	العمر	المهنة	نوع الاعاقة	درجة القرباة
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					
٧					
٨					

ثالثاً: البيئة الاجتماعية والاعتماد السلوكية

- ١٣ - عدد افراد الأسرة ١ - أقل من ٥ افراد () ٢ - من ٥ - ١٠ افراد ()
 ٣ - من ١٠ - ١٥ فرد () ٤ - أكثر من ١٥ فرد ()

- ١ - أقل من ١٠٠ ريال () ٢ - ١٠٠ - ٢٠٠ ريال ()
 ٣ - ٢٠٠ - ٣٠٠ ريال () ٤ - ٣٠٠ - ٤٠٠ ريال ()
 ٥ - أكثر من ٤٠٠ ريال ()

- ١٥ - نوع السكن : ١ - سكن حديث مستقل () ٢ - سكن قديم مستقل ()
 ٣ - سكن حديث مشترك () ٤ - سكن قديم مشترك ()

- ١٦ - عدد غرف السكن ١ - أقل من ٣ غرف () ٢ - من ٣ - ٥ غرف ()
 ٣ - من ٦ - ٧ غرف () ٤ - أكثر من ٧ غرف ()

١٧ - ما هي درجة القرابة بين الأب والأم ؟

- ١ - أبناء العم والخال () ٢ - قرابة بعيدة من نفس العائلة ()
 ٣ - فقط من نفس القبيلة () ٤ - لا توجد بينهما قرابة ()

١٨ - هل زواج الأقارب شيء عادي في منطقتكم ؟

- ١ - نعم () ٢ - لا ()

١٩ - لماذا يتم الزواج عندكم عادة من الأقارب ؟

- ١ - عادات وتقاليد () ٢ - بسبب الميراث ()
 ٣ - تبادل الزوجات () ٤ - قوة سلطة الأب ()
 ٥ - زواج الأقارب غير مكلف () ٦ - زواج الأقارب أكثر استقراراً ()

٧ - المحافظة على الروابط العائلية والقبلية ()

٢٠ - عادة ما يتزوج الآباء أبناءهم وبناتهم في سن مبكرة - ما هي أسباب ذلك من وجهة نظركم ؟

- ١ - عادات وتقاليد () ٢ - انخفاض مستوى التعليم ()
 ٣ - الميراث () ٤ - انخفاض المستوى الاقتصادي ()

- ٥ - كثرة عدد افراد الاسرة () ٦ - الخوف من تأخير سن الزواج ()
 ٧ - تأثير السلطة الوالدية () ٨ - اسباب دينية ()
 ٩ - اسباب أخرى - تذكر :

٢١ - هل والدك (انت) متزوج من أكثر من زوجة ؟

- ١ - نعم () ٢ - لا ()

٢٢ - توجد أسباب كثيرة لتعدد الزوجات - ما هي أسباب ذلك من وجهة نظرك ؟

- ١ - عدم الانجاب من الزوجة الأولى ()
 ٢ - انجاب طفل أو أكثر غير طبيعي أو معوق من الزوجة الأولى ()
 ٣ - الرغبة في انجاب البنين ()
 ٤ - مرض أو كبير الزوجة الأولى والرغبة في زوجة صغيرة ()
 ٥ - أحيانا يكون واجب تفرقة علاقات القرابة ()
 ٦ - ارتفاع المستوى الاقتصادي للزوج ()
 ٧ - بعد عمل الزوج عن السكن الذي تقيم فيه زوجته الأولى ()
 ٨ - ارتفاع عدد حالات الطلاق ()
 ٩ - تعدد الزوجات شيء عادي ولا يحتاج الي سبب معين ()

رابعاً : الوعي بطبيعة الخدمات بالمركز أو المؤسسة

٢٣ - هل كان لديك فكرة عن وجود مؤسسات ومراكز لرعاية المعوقين قبل الالتحاق بها ؟

- ١ - نعم () ٢ - لا ()

في حالة الإجابة بنعم - أجب رقم ٢٤

٢٤ - ما هو مصدر هذه الفكرة أو المعرفة ؟

- () ١ - قرب سكني من المؤسسة أو المركز
- () ٢ - أحد الأقارب
- () ٣ - الأصدقاء أو الجيران
- () ٤ - المسؤولين
- () ٥ - وسائل الاعلام المختلفة

٢٥ - كيف التحقت بهذه المؤسسة أو المركز ؟

- () ١ - تقدمت إليها بنفسك () ٢ - عن طريق تحويل طبي
- () ٣ - تحويل من المدرسة () ٤ - تحويل من الشؤون الاجتماعية

٢٦ - لماذا وافقت علي الالتحاق بهذا المركز أو المؤسسة ؟

- () للحصول علي : ١ - الرعاية الطبية () ٢ - الرعاية النفسية
- () ٣ - الرعاية الاجتماعية () ٤ - التأهيل المهني
- () ٥ - فرصة للعمل والكسب () ٦ - مساعدات مالية
- () ٧ - اسباب أخرى . تذكر: ()

٢٧ - هل كنتم مترددين في الالتحاق بالمركز أو المؤسسة ؟

- () ١ - نعم () ٢ - لا
- في حالة الاجابة بنعم يسأل ٢٨

٢٨ - ما هي أسباب ذلك التردد ؟

- () ١ - اعتقاد الناس انها مؤسسات ايواء
- () ٢ - الاعتقاد بأن الاعاقة نوع من الجنون
- () ٣ - الشعور بالخجل من الاعاقة واحراج الأهل
- () ٤ - الرغبة في اخفاء المرض والاعاقة
- () ٥ - الانصاع عن الاعاقة يؤثر علي المركز الاجتماعي للأسرة
- () ٦ - لأن الاعاقة مسألة قضاة وقدر

- ٧ - رغبة الأهل في القيام بأعباء الرعاية بأنفسهم
 ()
 ٨ - عدم الثقة في عمل المركز أو المؤسسة
 ()
 ٩ - الرغبة في العلاج بالخارج
 ()
 ١٠ - أسباب أخرى تذكر :

٢٩ - في رأيك ما مدي كفاءة الخدمات التي يقدمها المركز أو المؤسسة ؟

مستويات الكفاءة	نوع الخدمة			مسلسل
	لا يوجد	متوسط	جيد	
				١ الخدمات الطبية
				٢ الخدمات النفسية
				٣ الخدمات الاجتماعية
				٤ الخدمات التأهيلية
				٥ خدمات الأجهزة التعويضية
				والصناعية
				٦ الخدمات الإدارية
				٧ الخدمات الثقافية
				٨ الخدمات الرياضية
				٩ خدمات التشغيل والمتابعة
				١٠ خدمات النقلات

٣٠ - هل يوجد تعاون بين أسرة المعوق والمركز أو المؤسسة ؟

()

١ - نعم () ٢ - لا

في حالة الإجابة بنعم أجب رقم ٣١

وفي حالة الإجابة بلا أجب رقم ٣٢

٣١ - ما هي أوجه التعاون في رأيك ؟

()

١ - زيارة الأخصائي الاجتماعي والنفسي للأسرة

()

٢ - دراسة حالة الأسرة اجتماعيا ونفسيا

()

٣ - تقديم مساعدات مالية للأسرة

()

٤ - تقديم الإرشادات الصحية والثقافية للأسرة

()

٥ - الأسرة تواظب على الاتصال بالمركز أو المؤسسة

٦ - مظاهر أخرى للتعاون - تذكر :

٣٢ - لماذا لا يوجد تعاون بين أسرة المعوق والمركز أو المؤسسة ؟

()

١ - اعتماد الأسرة على المركز تماما

()

٢ - بعد سكن الأسرة عن المركز أو المؤسسة

()

٣ - صعوبة المواصلات إلى المركز أو المؤسسة

()

٤ - الانشغال بمطالب الحياة وعدم توفر الوقت

()

٥ - أسباب أخرى - تذكر :

خامسا : مقترحات لرفع مستوى الخدمات بالمركز أو المؤسسة

٣٣ - ما هي الخدمات التي يجب رفع مستواها في القائمة التالية ؟

()

١ - الخدمات الطبية والعلاجية

()

٢ - الخدمات الاجتماعية

()

٣ - الخدمات النفسية

()

٤ - الخدمات التعليمية

()

٥ - الخدمات الرياضية

()

٦ - خدمات التدريب والتأهيل

- () ٧ - خدمات الترفيه والثقافة
- () ٨ - خدمات النظافة والصيانة
- () ٩ - الخدمات الادارية
- () ١٠ - خدمات النقل والمواصلات
- () ١١ - خدمات التشغيل والمتابعة
- () ١٢ - خدمات رعاية أسر الموقوفين
- () ١٣ - المساعدات المالية
- () ١٤ - خدمات توفير المسكن القريب من العمل
- () ١٥ - خدمات توفير الاجهزة التموينية
- () ١٦ - خدمات أخرى - تذكر :
- ٣٤ - آراء ومقترحات أخرى - تضاف ، مع خالص الشكر .

”بسم الله الرحمن الرحيم“

اسم المركز أو المؤسسة :

رقم مسلسل :

جامعة السلطان قابوس

(٢) استمارة العاملين والمسؤولين

سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين

”دراسة ميدانية على سُنَّة عَمَّان“

اعداد

دكتور عبدالله محمد عبد الرحمن

وحدة علم الاجتماع

قسم الاجتماع والفلسفة

كلية الآداب

١٩٩١

اسم الباحث الميداني :

تاريخ جمع البيانات :

المراجعة المكتبية :

البيانات الواردة في هذه الاستمارة سرية للغاية ولن تستخدم إلا
لأغراض الدراسة والبحث العملي

أولاً: بيانات أساسية

- ١- الأسم :
- ٢- العمر : ١- أقل من ٢٠ () ٢- ٢٠ - ٣٠ () ٣- ٣٠ - ٤٠ ()
- ٤- ٤٠ - ٥٠ () ٥- ٥٠ - ٦٠ () ٦- أكبر من ٦٠ ()
- ٣- النوع : ١- ذكر () ٢- أنثى ()
- ٤- الديانة : ١٠- الاسلام () ٢- أخرى ()
- ٥- الجنسية : ١- عراقي () ٢- عربي () ٣- أجنبي ()
- ٦- المستوى التعليمي : ١- أقل من المتوسط () ٢- دبلوم متوسط ()
- ٣- فوق المتوسط () ٤- مؤهل جامعي ()
- ٤- ماجستير فأكثر ()
- ٧- المهنة : ١- إدارية عليا () ٢- إدارية متوسطة ()
- ٣- خدمة اجتماعية () ٤- خدمة نفسية ()
- ٥- طبية علاجية () ٦- رياضية ()
- ٧- علاج طبيعي () ٨- تأهيل ()
- ٩- تربية () ١٠- خدمات عامة ()
- ١١- خارج التخصص () ١٢- تشغيل/متابعة ()
- ١٣- أعمال أخرى ()

٨- الخبرة في مجال العمل :

- ١- أقل من عامين () ٢- ٢ - ٥ سنوات ()
- ٣- ٥ - ١٠ سنوات () ٤- أكثر من ١٠ ()
- ٩- محل الإقامة : ١- داخل المؤسسة () ٣- خارج المؤسسة ()

ثانيا : ظروف الالتحاق بالعمل وشروطه

١٠ - كيف تم تعيينك بالمركز لو بالمؤسسة ؟

- ١ - عن طريق اعلان () ٢ - بدون اعلان ()
٣ - متطوع ()

١١ - نوع الأعمال الوظيفية السابقة :

- ٢ - قريب من العمل () ٣ - في مجال مختلف ()

١٢ - هل كانت لديك الرغبة من البداية في العمل مع المعوقين ؟

- ١ - نعم () ٢ - لا ()

في حالة الإجابة (بنعم) أجب رقم ١٣ :

- ١٣ - لماذا ؟ ١ - العمل في المؤسسة أو المركز مثل أي عمل في مكان آخر ()
٢ - لدي الرغبة في التعرف علي نوعية خدمات رعاية المعوقين ()
٣ - لأن تخصص وخبرتي الأساسية في هذا المجال ()
٤ - لأن العمل مع المعوقين واجب انساني ()
٥ - بسبب صعوبة الحصول علي عمل آخر ()
٦ - أسباب أخرى تذكر :

في حالة الإجابة (لا) أجب رقم ١٤

- ١٤ - لماذا ؟ ١ - الخوف من تصرفات المعوقين ()
٢ - ليس عندي خبرة في هذا المجال ()
٣ - تنقصني القدرة الجسمية والنفسية ()
٤ - لصعوبة العمل في هذا المجال ()
٥ - قللة الراتب ()
٦ - لبعد المركز أو المؤسسة عن مسكني ()
٧ - أسباب أخرى ، تذكر :

١٥ - اذا كانت امامك فرصة للانتقال الي عمل آخر ، هل توافق علي الانتقال أم نسنمر هنا ؟

١ - أوافق () ٢ - لا أوافق ()

في حالة (عدم الموافقة) علي الانتقال أجب رقم ١٦

- ١٦ - لماذا ؟ ١ - تعوقت علي العمل هنا () ٢ - لوجود فائدة مادية ()
٣ - العمل هنا انساني () ٤ - لرغبتني في تقديم خبراتي ()
٥ - لأن العمل هنا مريح () ٦ - عدم وجود مسؤولية محددة ()
٧ - أشعر بالرضا النفس () ٨ - التمسك باصنقاء وزملاء العمل ()
٩ - اسباب أخرى - تذكر .

١٧ - ما رأيك في أهم الشروط التي يجب توافرها في العاملين في مجال رعاية

- ١ - الشهادة () ٢ - التخصص ()
٣ - الخبرة () ٤ - الأتزان النفسي ()
٥ - حب العمل في هذا المجال () ٦ - الاحساس بالمسؤولية ()
٧ - دورة تدريبية قبل بدء العمل () ٨ - القوة البدنية ()
٩ - قوة التحمل والصبر () ١٠ - الاستعداد للعمل مع المعوقين ()
١١ - شروط أخرى ، تذكر :

ثالثا : المعوقون ككفنة اجتماعية

١٨ - بصفتك من العاملين في مجال رعاية المعوقين ، ما هو رأيك فيهم كفئة اجتماعية ؟

- ١ - هم من ضحايا المجتمع () ٢ - فئة تحتاج لمساعدة كبيرة من المجتمع ()
٣ - مرضي مثل غيرهم من المرضى () ٤ - يجب أن يتحملوا قضاء الله وقدره ()
٥ - فئة لا أمل فيها () ٦ - لا يجب عزلهم عن المجتمع ()
٧ - يجب رعايتهم والاهتمام بهم () ٨ - يجب رعاية أسرهم ()
٩ - يجب تأهيلهم وتشغيلهم () ١٠ - آراء أخرى - تذكر :

رابعاً: أسباب الإعاقة

١٩ - من واقع خبرتك في مجال رعاية المعوقين بالسلطنة ، رتب أهم أسباب الإعاقة حسب أهميتها في رأيك ؟

- | | | | |
|---------------------------|-----|----------------------------------|-----|
| ١ - الظروف الاقتصادية | () | ٢ - زواج الأقارب | () |
| ٣ - سوء التغذية | () | ٤ - الأعمال | () |
| ٥ - التسمم | () | ٦ - السحر ومسّ الجن | () |
| ٧ - الحسد | () | ٨ - تعدد الزوجات | () |
| ٩ - كثرة عدد أطفال الأسرة | () | ١٠ - ارتفاع معدل الطلاق | () |
| ١١ - نقص الوعي الصحي | () | ١٢ - نقص الرعاية الاجتماعية | () |
| ١٣ - نقص الرعاية الطبية | () | ١٤ - تقصير وسائل الاعلام | () |
| ١٥ - الأمية والجهل | () | ١٦ - التلوث البيئي | () |
| ١٧ - نقص الأمن الصناعي | () | ١٨ - عدم تطعيم الأطفال | () |
| ١٩ - التشخيص الطبي الخطأ | () | ٢٠ - تناول أدوية خطأ | () |
| ٢١ - حوادث الطريق والمبرد | () | ٢٢ - المشاجرات والخلافات | () |
| ٢٣ - نقص رعاية الحوامل | () | ٢٤ - نقص الرعاية الدورية للأطفال | () |
- ٢٥ - أسباب أخرى ، تذكر :

خامساً: درجة الوعي الاجتماعي بالإعاقة

٢٠ - هل يوجد اعتقاد سائد في المجتمع عن وجود أشخاص من غير الأطباء يستطيعون التعامل مع الإعاقة وعلاجها ؟

- ١ - نعم () ٢ - لا ()

في حالة الإجابة بنعم ، أجب رقم ٢١

- ٢١ - مثل من ؟ ١ - الوسام () ٢ - البصار ()
 ٣ - متخصص في السحر () ٤ - المظلم ()
 ٥ - رجل الدين () ٦ - الطبيب الشعبي ()
 ٧ - أشخاص آخرين ، يذكروا

٢٢ - هل يتداول الناس هنا بعض الأمثال الشعبية عن الأعاقة والمعوقين ؟

- ١ - نعم () ٢ - لا ()

في حالة الإجابة (بنعم) ، أجب رقم

٢٣ - أكتب فيما يلي بعض الأمثال الشعبية الشائعة في هذا المجال

- ١ -
 ٢ -
 ٣ -
 ٤ -

٢٤ - ما رأيك فيما تعرضه وسائل الاعلام (الصحف والمجلات والأذاعة والتلفزيون) عن المعوقين ؟

- ١ - تعبر عن الواقع الفعلي () ٢ - تعرض بهدف الضحك والتسلية ()
 ٣ - تعرض بصورة دعائية فقط () ٤ - لأثارة التعاطف معهم فقط ()
 ٥ - يجب الاهتمام اعلاميا بالمراكز () ٦ - توجد فقط بعض الحملات ()
 الصحفية

٢٥ - هل يوجد في التراث العماني بعض الأمثلة والنصائح عن المعوقين ورعايتهم

- ١ - نعم () ٢ - لا ()

في حالة الإجابة (بنعم) يذكر بعضها فيما يلي :

- ١ -
 ٢ -
 ٣ -
 ٤ -

سادساً: الأداء الوظيفي والمهني

٢٦ - ما هي المجالات التي حصلت فيها علي خبرة في عملك الحالي ؟

- ١ - المتخلفون عقليا () ٢ - الصم والبكم ()
- ٢ - المكفوفون () ٤ - مرضي الشلل ()
- ٥ - المرضى العقليين والنفسيين () ٦ - متعددو الاعاقات ()
- ٧ - الأحداث والجانحون () ٨ - خبرات أخرى ، تذكر :

٢٧ - ما هي الأدوات والاختبارات المستخدمة في المركز أو المؤسسة التي تعمل بها ؟

ضع علامة / أمام ما يستخدم بالفعل فيما يلي :

- ١ - استمارة طلب الالتحاق () ٢ - استمارة بحث اجتماعي للأسرة ()
- ٢ - استمارة فحص طبي () ٤ - اختبار ستانفورد بينيه للذكاء ()
- ٥ - اختبار وكسلر بلقيو للراشدين () ٦ - اختبار وكسلر للأطفال ()
- ٧ - اختبار رسم الرجل () ٨ - مقاييس بورتيس ()
- ٩ - الذكاء المصور () ١٠ - مقياس النضج العقلي ()
- ١١ - مقياس السلوك التوافقي () ١٢ - أدوات أخرى ، تذكر :

٢٨ - ما هو الهدف من استخدامكم للأدوات والاختبارات في المؤسسة أو المركز ؟

- ١ - جمع بيانات عن المعوق () ٢ - جمع بيانات عن أسرة المعوق ()
- ٣ - معرفة أسباب الاعاقة () ٤ - تشخيص الاعاقة ()
- ٥ - تصنيف حالات الاعاقة () ٦ - قياس ذكاء المعوق ()
- ٧ - التوجيه المهني () ٨ - التأهيل المهني ()
- ٩ - التوجيه التعليمي () ١٠ - تحديد صعوبات التعليم ()
- ١١ - تحديد المشكلات السلوكية () ١٢ - تقويم برامج الرعاية والتأهيل ()
- ١٣ - تقويم أداء الأفراد بعد البرنامج () ١٤ - تحديد القدرات المتبقية عند المعاق ()
- ١٥ - أهداف أخرى ، تذكر :

سابعاً: التدريب والاعداد المهني اثناء الخدمة

٢٩ - هل سافرت في بعثة دراسية أو تدريبية بعد التحاقل بالعمل في المركز أو المؤسسة ؟

١- نعم () ٢- لا ()

في حالة الإجابة (بنعم) أجب رقمي ٣٠ و ٣١

٣٠- ما هي مدة البعثة أو الدورة ؟

١- في دولة عربية () ٢- في دولة اجنبية ()

٣١- ما هي مدة البعثة أو الدورة ؟

١- أقل من ٣ شهور () ٢- من ٣-٦ شهور ()

٣- من ٦-١٢ شهر () ٤- من سنة الى سنتين ()

٥- أكثر من سنتين ()

٣٢ - هل اشتركت في دورات تدريبية داخل السلطنة بعد التحاقل بالعمل في المركز أو المؤسسة ؟

١- نعم () ٢- لا ()

في حالة الإجابة (بنعم) ، أجب رقمي ٣٣ ، ٣٤

٣٣- كم كان عدد الدورات التي اشتركت فيها ، يكتب العدد :

٣٤- ماذا كان موضوع الدورة أو الدورات التي اشتركت فيها ؟

١- رعاية المعوقين نفسياً واجتماعياً () ٢- تأهيل وعلاج المعوقين ()

٣- اكتشاف الاعاقة () ٤- رعاية أسر المعوقين ()

٥- تشغيل المعوقين () ٦- موضوعات عامة عن الاعاقة ()

والمعوقين

٣٥ - هل اشتركت في مؤتمرات أو ندوات محلية أو عربية أو عالمية في مجال الاعاقة والمعوقين بعد التحاقل بالعمل في المؤسسة أو المركز ؟

١- نعم () ٢- لا ()

في حالة الإجابة (بنعم) أجب رقم ٣٦ :

٣٦ - ما هي هذه المؤتمرات والندوات ؟

١ - المؤتمرات أو الندوات المحلية : ١ -

٢ -

٣ -

٢ - المؤتمرات أو الندوات العربية : ١ -

٢ -

٣ -

٢ - المؤتمرات أو الندوات الدولية : ١ -

٢ -

٣ -

٣٧ - هل اشتملت دراستك علي دراسة المجالات التالية أو بعضها ؟

١- نعم	٢- لا	أسماء المجالات
()	()	١ - التخلف العقلي
()	()	٢ - اضطراب الشخصية
()	()	٣ - علم النفس الكلينيكي
()	()	٤ - الصحة النفسية
()	()	٥ - القياس النفسي
()	()	٦ - الطب النفسي
()	()	٧ - علم الاجتماع الطبي
()	()	٨ - الطب النفسي الاجتماعي
()	()	٩ - علم اجتماع المؤسسات
()	()	١٠ - الخدمة الاجتماعية
١١ - مجالات أخرى - تذكر :		

ثامناً: التشغيل والمتابعة

٢٨- ما هي المدة التي يحتاجها المعوق بالمؤسسة أو المركز قبل الخروج الي مجال التشغيل والعمل ؟

- ١- أقل من سنة () ٢- سنة - سنتين ()
٣- سنتين - ثلاثة () ٤- أكثر من ٣ سنوات ()

٢٩- ما هي المهن المتاحة التي يتم التدريب عليها ؟

- ١- ٢-
٣- ٤-
٥- ٦-

٤٠- ما هي الجهة المسؤولة عن تشغيل المعوق بعد تأهيله ؟

- ١- المركز أو المؤسسة () ٢- وزارة الشؤون الاجتماعية ()
٣- وزارة الخدمة المدنية () ٤- وزارة العمل والتدريب المهني ()
٥- جهات أخرى - تذكر :

٤١- ما هي الصعوبات التي تواجهكم في تشغيل الخريجين من المعوقين بعد انتهاء تأهيلهم وتدريبهم ؟

- ١- نقص فرص العمل المتاحة () ٢- رفض أصحاب الأعمال ()
٣- نقص الراتب () ٤- التخوف من تشغيل المعوق ()
٥- مشكلة المواصلات () ٦- عدم تطبيق قانون العمل الخاص بهم ()
٧- عدم وجود جمعيات تهتم بتشغيل الشخص المعوق ()
٨- عدم تدريب المعوق علي مهنة يحتاجها سوق العمل ()
٩- تشغيل المعوق في مهنة غير المهنة التي تدرب عليها ()
١٠- صعوبات أخرى ، تذكر :

٤٢ - ما هي الصعوبات والمشكلات التي تحدث بعد تشغيل الخريج ؟

- ١ - عدم الاستمرار في العمل () ٢ - كثرة التقييد والاجازات ()
- ٣ - التأخير الدائم عن العمل () ٤ - عدم الالتزام بإداء العمل المطلوب ()
- ٥ - إثارة المشكلات مع الزملاء () ٦ - لا يقوم بعمل حقيقي في مجال العمل ()
- ٧ - صعوبة المواصلات للمعوق ()
- ١٠ - صعوبات أخرى - تذكر :

ثامناً: معوقات العمل الوظيفي

٤٣ - هل يوجد في المؤسسة أو المركز نقص في التخصصات الضرورية والوظائف المساعدة في عملية التأهيل والرعاية ؟

- ١ - نعم () ٢ - لا ()

في حالة الإجابة (بنعم) ، أجب رقم ٤٤ :

٤٤ - ما هي هذه التخصصات والوظائف ؟

- ١ - أخصائيين نفسيين () ٢ - أخصائيين اجتماعيين ()
- ٣ - أخصائيين تأهيل () ٤ - أخصائيين توجيه ()
- ٥ - معلمين التربية الخاصة () ٦ - أخصائيين رياضيين وعلاج طبيعي ()
- ٧ - الأطباء بصفة عامة () ٨ - المدربين ()
- ٩ - نقص الكوادر المعانية عامة () ١٠ - وظائف أخرى ، تذكر :

٤٥ - هل توجد بالمؤسسة أو المركز وظائف أو تخصصات ليس لها دور في رعاية

المعوقين وتشغيلهم ؟

- ١ - نعم () ٢ - لا ()

في حالة الأجانية (بنعم) ، أجب رقم ٤٦ :

٤٦ - أذكر بعض تلك الوظائف أو التخصصات :

- ١-
٢-
٣-
٤-

٤٧ - هل يوجد نقص في التجهيزات والمعدات اللازمة للقيام بعملكم بصورة جيدة ؟

- ١- نعم () ٢- لا ()

في حالة الإجابة (بنعم) ، أجب رقم ٤٨ :

٤٨ - أذكر بعض أوجه النقص :

- ١- المبني والمنشأة عامة () ٢- قاعات التاميل والتدريب ()
٣- قاعات الاختبارات والمقابلات () ٤- اختبارات نظمية مقتنة محليا ()
٥- استشارات البحث الاجتماعي () ٦- أجهزة علاج طبيعي ورياضي ()
٧- قاعات اجتماعات () ٨- ورش تدريب مهني ()
٩- بعض القاعات للتدريب () ١٠- أشياء أخرى - تذكر :

٤٩ - هل توجد معوقات أخرى من خارج المؤسسة أو المركز ؟

- ١- نعم () ٢- لا ()

في حالة الإجابة (بنعم) ، أجب رقم ٥٠ :

٥٠ - أذكر بعض تلك المعوقات :

- ١ - مشكلة التعاون بين أسرة المعوق والمركز أو المؤسسة ()
٢ - مشكلة التعاون بين القطاعات المختلفة في المجتمع مع المركز أو المؤسسة ()
٣ - مشكلة نقص الوعي العام عن الزعامة والمعوق ()
٤ - عدم قدرة المركز أو المؤسسة على استيعاب جميع الحالات المتقدمة ()
٥ - نقص الاعانات المالية والدعم المالي الذي يقدم للمؤسسة أو المركز ()
٦ - معوقات أخرى - تذكر :

عاشرا : مقترحات لرفع مستوى كفاءة الرعاية النفسية والاجتماعية للمعوقين

٥١ - فيما يلي عدد من المقترحات لرفع مستوى كفاءة العمل في المركز أو المؤسسة -

أذكر أهمها ؟

- ١ - عمل مسح احصائي للمعوقين () ٢ - زيادة الامكانيات المادية والمالية ()
- ٣ - توفير جميع الكوادر والتخصصات المعانية والاجنبية اللازمة ()
- ٤ - التدريب الدوري لكل العاملين بالمؤسسة أو المركز ()
- ٥ - ارسال بعثات اكاديمية أو تدريبية في مجال التخصصي ()
- ٦ - تنظيم وتدعيم التعاون بين المؤسسة أو المركز ومراكز البحوث بالمجتمع ()
- ٧ - تنظيم وتدعيم التعاون بين المركز أو المؤسسة والجامعة ()
- ٨ - تنظيم وتدعيم التعاون بين المركز أو المؤسسة والوزارات والجهات المعنية ()
- ٩ - توفير الأجهزة والمعدات والاختبارات اللازمة ()
- ١٠ - توفير المنشآت اللازمة بالمركز أو المؤسسة ()
- ١١ - انشاء ورش محمية لتدريب وتشغيل المعوقين ()
- ١٢ - متابعة تنفيذ القوانين المنظمة لرعاية وتشغيل وحماية المعوقين ()
- ١٣ - التوسع في انشاء جمعيات خيرية تساهم في رعاية وحماية المعوقين ()
- ١٤ - انشاء مراكز ومؤسسات لرعاية المعوقين في الولايات المختلفة والسلطنة ()
- ١٥ - انشاء مدارس للتربية الخاصة بالمناطق المختلفة ()
- ١٦ - وضع وتنفيذ برنامج لأعداد مدرّس عماني للتربية الخاصة ()
- ١٧ - ضرورة اهتمام وسائل الاعلام المختلفة بتقديم برامج خاصة عن المعوقين ()
- ١٨ - ضرورة الاستفادة من المؤسسات والهيئات الدولية في مجال رعاية المعوقين ()
- ١٩ - اقتراحات أخرى : تذكر :

٥٧ - آراء ومقترحات أخرى يمكن اضافتها مع خالص الشكر :

(٢)

جداول البحث

جدول رقم (١) يوضح التركيب الذري لمجموعة البحوث من المعاملتين

المجموع الكلي	المجموع	المتطلبات				المجموع	المراسم				المجموع	الدراس		الميزة	التغييرات	
		أين سينا	خولة	التيمة	السلطاني		المغنية	ملاحة	التفريق	بنية		الكثيرة	الأول			
١٥٥	٨١	٢٩	٢١	٩	٢٢	٣٣	٢	٤	١٤	٢	٥١	٢٥	٣١	د	تكملة	
١٣	٣٢	١٢	٨	٢	٨	١٢	١	١١	١١	٢	٢٠	١٠	١٠	٢		انسان
٩٥	٣٢	١٤	٢	٤	١١	٢٠	-	١٠	١١	٤	٣٣	٢٤	٩	د		
٢٨	١٢	٩	١	١	٤	١٢	-	٤	١١	١	١٢	٢١	/	المجموع		
٢٥٠	١١٣	١٢	١٤	١٢	٢٢	٥٢	٢	١٤	٢٠	٩	٨٤	٢٩	٢٥		د	
١٠٠	٤٥	١٢	١	٥	١٢	١٢	١	١٢	٢٤	٢٢	١٢	١٤	١٤		ز	

جدول رقم (٩) يسمح بتوقع معدلات العمر لمتبة (الموتى)

الجموع النكح	الجموع	المستشفيات				الجموع	المراكز				الجموع	المدارس		الجنبة					
		أبن سينا	عزلة	التيمة	السلطاني		الصافية	مصلحة	القبلي	بيد		الكورية	الأصل						
١٤	١٢	-	-	-	١٢	٧	-	١	-	١	-	-	-	٧	المرمن ٥ سنوات				
١٥	-	-	-	-	١٥	٨	-	كز	-	كز	-	-	-	٧					
١٦	-	-	-	-	١٦	٩	-	٢	-	٢	٨	-	-	٨					
١٧	٥	-	٢	-	١٧	٩	-	٢	-	١٢	١٢	-	-	١٢	١٠ - ٥ سنة				
١٨	٥	-	٢	-	١٨	٩	-	٢	-	١٢	١٢	-	-	١٢					
١٩	٥	-	٢	-	١٩	٩	-	٢	-	١٢	١٢	-	-	١٢					
٢٠	٥	-	-	-	٢٠	١٠	-	١٠	-	٢	٢١	-	-	٢	١٠ - ١٥ سنة				
٢١	٥	-	-	-	٢١	١٠	-	١٠	-	٢	٢١	-	-	٢					
٢٢	٥	-	-	-	٢٢	١٠	-	١٠	-	٢	٢١	-	-	٢					
٢٣	٥	-	-	-	٢٣	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	١٥ - ٢٥ سنة				
٢٤	٥	-	-	-	٢٤	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٢٥	٥	-	-	-	٢٥	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٢٦	٥	-	-	-	٢٦	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٢٥ - ٣٥ سنة				
٢٧	٥	-	-	-	٢٧	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٢٨	٥	-	-	-	٢٨	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٢٩	٥	-	-	-	٢٩	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٣٥ - ٤٥ سنة				
٣٠	٥	-	-	-	٣٠	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٣١	٥	-	-	-	٣١	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٣٢	٥	-	-	-	٣٢	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٤٥ - ٥٥ سنة				
٣٣	٥	-	-	-	٣٣	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٣٤	٥	-	-	-	٣٤	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٣٥	٥	-	-	-	٣٥	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٥٥ - ٦٥ سنة				
٣٦	٥	-	-	-	٣٦	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٣٧	٥	-	-	-	٣٧	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٣٨	٥	-	-	-	٣٨	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٦٥ - ٧٥ سنة				
٣٩	٥	-	-	-	٣٩	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٤٠	٥	-	-	-	٤٠	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٤١	٥	-	-	-	٤١	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٧٥ - ٨٥ سنة				
٤٢	٥	-	-	-	٤٢	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٤٣	٥	-	-	-	٤٣	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٤٤	٥	-	-	-	٤٤	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٨٥ - ٩٥ سنة				
٤٥	٥	-	-	-	٤٥	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٤٦	٥	-	-	-	٤٦	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٤٧	٥	-	-	-	٤٧	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٩٥ - ١٠٥ سنة				
٤٨	٥	-	-	-	٤٨	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٤٩	٥	-	-	-	٤٩	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٥٠	٥	-	-	-	٥٠	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	١٠٥ - ١١٥ سنة				
٥١	٥	-	-	-	٥١	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٥٢	٥	-	-	-	٥٢	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٥٣	٥	-	-	-	٥٣	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	١١٥ - ١٢٥ سنة				
٥٤	٥	-	-	-	٥٤	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٥٥	٥	-	-	-	٥٥	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٥٦	٥	-	-	-	٥٦	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	١٢٥ - ١٣٥ سنة				
٥٧	٥	-	-	-	٥٧	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٥٨	٥	-	-	-	٥٨	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٥٩	٥	-	-	-	٥٩	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	١٣٥ - ١٤٥ سنة				
٦٠	٥	-	-	-	٦٠	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٦١	٥	-	-	-	٦١	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٦٢	٥	-	-	-	٦٢	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	١٤٥ - ١٥٥ سنة				
٦٣	٥	-	-	-	٦٣	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٦٤	٥	-	-	-	٦٤	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٦٥	٥	-	-	-	٦٥	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	١٥٥ - ١٦٥ سنة				
٦٦	٥	-	-	-	٦٦	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٦٧	٥	-	-	-	٦٧	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٦٨	٥	-	-	-	٦٨	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	١٦٥ - ١٧٥ سنة				
٦٩	٥	-	-	-	٦٩	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٧٠	٥	-	-	-	٧٠	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٧١	٥	-	-	-	٧١	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	١٧٥ - ١٨٥ سنة				
٧٢	٥	-	-	-	٧٢	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٧٣	٥	-	-	-	٧٣	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٧٤	٥	-	-	-	٧٤	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	١٨٥ - ١٩٥ سنة				
٧٥	٥	-	-	-	٧٥	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٧٦	٥	-	-	-	٧٦	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٧٧	٥	-	-	-	٧٧	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	١٩٥ - ٢٠٥ سنة				
٧٨	٥	-	-	-	٧٨	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٧٩	٥	-	-	-	٧٩	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٨٠	٥	-	-	-	٨٠	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٢٠٥ - ٢١٥ سنة				
٨١	٥	-	-	-	٨١	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٨٢	٥	-	-	-	٨٢	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٨٣	٥	-	-	-	٨٣	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٢١٥ - ٢٢٥ سنة				
٨٤	٥	-	-	-	٨٤	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٨٥	٥	-	-	-	٨٥	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٨٦	٥	-	-	-	٨٦	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٢٢٥ - ٢٣٥ سنة				
٨٧	٥	-	-	-	٨٧	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٨٨	٥	-	-	-	٨٨	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٨٩	٥	-	-	-	٨٩	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٢٣٥ - ٢٤٥ سنة				
٩٠	٥	-	-	-	٩٠	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٩١	٥	-	-	-	٩١	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٩٢	٥	-	-	-	٩٢	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٢٤٥ - ٢٥٥ سنة				
٩٣	٥	-	-	-	٩٣	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٩٤	٥	-	-	-	٩٤	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٩٥	٥	-	-	-	٩٥	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٢٥٥ - ٢٦٥ سنة				
٩٦	٥	-	-	-	٩٦	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٩٧	٥	-	-	-	٩٧	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
٩٨	٥	-	-	-	٩٨	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢	٢٦٥ - ٢٧٥ سنة				
٩٩	٥	-	-	-	٩٩	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					
١٠٠	٥	-	-	-	١٠٠	١١	-	١١	-	٢	٢٢	-	-	٢					

جدول رقم (٣) يوضح الوطن الأصلي لمدينة البعث من المقيمين

[illegible]

جداول رقم (٥) يوضح الحالة التغذوية لنبذة البحث من المواقف

المجموع الكل	المجموع	المستشفيات				المجموع	المراكز				المجموع	المدارس		البيئة	التقديرات
		أبو سينا	خزلة	الأيمنة	الطاطاني		العمانية	محللة	الغريش	جندب		الذكورية	الأول		
٧٤	١٧	٢٨	٧	٥	٣٧	٧	٢	١		٢				د	أسي
٣١١	٣١١	١١٣	٢٨	٢	١٠١	٣٨	١٢	١٠		١٢				/	
١٢	١٠	٤		٣	٣	٢		٢						د	قدراً القسط
١٨	٣٥	١٢			١٢	١٢		١٢						/	
٢٨	١٢	٥	٤	٣	١	١٥		١	٧	٢	٥	٥		د	بقسراً ووكعب
١١٢	١٢	٢	١٢	١٢	١٢	١		٣	١٢	١٢	٢	٢		/	
١١	٩	٥	٢	١	١	٢١		٤	٢٠		٣١	٢٤	١٢	د	أبقانسي
٣١١	٢١	٢	١٢	١٢	١٢	١٢		١٢	٨		١٢	١٢	١٢	ز	
٥٥	٧	١	٥	١		٥		١	٣	١	٤٣	٢٠	١٢	د	أعالي سام / لثني
٢٢	٢٨	١٢	٢	١٢		٢		١٢	١٢	١٢	١٧	٨	١٢	/	
٥	٥		٥											د	تألفي سام / لثني
٢	٢		٢											ز	
														د	محمّد / كعب
														/	
														د	موسيلة
														/	
			١		١									د	جامعي
			١٢		١٢									/	
٢٥	١١٣	٤٣	٢٤	١٢	٣٣	٥٢	٣	١٤	٢٠	١	٨٤	٤٩	٢٥	د	المجموع
١٠٠	٤٥٨	١٧٨	١٢١	٥١٢	١٣٨	٢١٨	١٢	٥١	١٢	٢١	٢٣١	١٢١	١٤	/	

جدول رقم (٦) يوضح أسباب حدوث العلاقة لجمعية الصحة من الموردين

[illegible]

جدول رقم (٧) يوضح أنواع اعاقل البشريين من المواليد

[illegible]

الجمعية	الجمعية	المستندات				الجمعية	المراكز				الجمعية	المدارس		الجمعية	
		أول بيان	خاتمة	النهاية	المستطاني		المالية	مصارف	التدريس	بند		الأسكنية	الأول		
١٠	١١	٢			١١	٢٣		٧	١٢	٤	٥٢	٢١	٢١	د	مذكرات
٢١	٥٢	١٣			٤٤	٢٢	٢	٢٨	١٣	١٣	٢١	٢١	١٣	د	
٢٢	٢٢	٥	٧	١	٩	٢٢	٢	٥	١٣	٢	٢٥	٢١	٤	د	١٠ - ٥ سنوات
٢٣	٢٣	٢	٢٨	١٣	٢٣	٢٨	٢	٢	٥٢	٢٨	١٠	١٣	١٣	د	
٢٤	١٣	٩	٢	١		٩	١	٢	١		١	٤	٢	د	١٠ - ١٠ سنوات
٢٥	١٣	٩	٢	١		٢٨	١	٢	١		٢٨	١٣	٢	د	
٢٦	١٣	٢٣	١	١		١			١		٢٨	١٣	٢	د	١٠ - ١٠ سنوات
٢٧	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٢٨	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٢٩	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٣٠	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٣١	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٣٢	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٣٣	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٣٤	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٣٥	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٣٦	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٣٧	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٣٨	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٣٩	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٤٠	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٤١	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٤٢	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٤٣	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٤٤	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٤٥	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٤٦	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٤٧	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٤٨	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٤٩	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٥٠	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٥١	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٥٢	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٥٣	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٥٤	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٥٥	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٥٦	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٥٧	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٥٨	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٥٩	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٦٠	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٦١	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٦٢	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٦٣	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٦٤	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٦٥	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٦٦	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٦٧	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٦٨	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٦٩	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٧٠	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٧١	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٧٢	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٧٣	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٧٤	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٧٥	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٧٦	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٧٧	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٧٨	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٧٩	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٨٠	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٨١	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٨٢	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٨٣	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٨٤	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٨٥	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٨٦	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٨٧	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٨٨	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٨٩	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٩٠	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٩١	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٩٢	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٩٣	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٩٤	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٩٥	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٩٦	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٩٧	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
٩٨	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
٩٩	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١٠٠	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١٠١	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١٠٢	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١٠٣	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١٠٤	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١٠٥	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١٠٦	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١٠٧	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١٠٨	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١٠٩	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١١٠	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١١١	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١١٢	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١١٣	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١١٤	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١١٥	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١١٦	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١١٧	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١١٨	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١١٩	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١٢٠	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١٢١	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١٢٢	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١٢٣	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١٢٤	١٣	١٣		١		١			١				د	د	١٠ - ١٠ سنوات
١٢٥	١٣	١٣		١		١			١				د	د	
١٢٦	١٣	١٣		١		١			١						

جول رقم (١٣) يوضح العلاقة بين درجة القرابة للمعوقين
والأسباب الوراثية التي أدت لعاقتهم

السبب الوراثي درجة القرابة	أبناء العم والخال	أبناء العم والخال
أبناء العم والخال	٣٧٧	٢٠
قرابة من نفس العائلة	٢٠٧	١١
قرابة من نفس القبيلة	١٧	٩
لا توجد قرابة	٢٤٦	١٣
المجموع	١٠٠	٥٣

جدول رقم (١٦) يوضح أسباب حدوث الرجاج البكر حسب رأي عينة السمك من الموردين

[illegible]

جدول رقم (٢٤) توزيع وسائل مصرية المقيمين من مراكز ومؤسسات قبل الانضمام بها

البيئة	المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	الاستشفيات				المجموع	المجموع الكلي				
	الأول	الثانية		القبض	معالجة	المتابعة	المطاطي		النبعة	خولة	ابن سينا							
قرب السكن في المؤسسة	/	ك	١١	٨	١٩	٢	٧	٦	١	١	١٩	٣	٤	٤	١٠	٢	٢٠	٥٥
الأقارب	/	ك	١	٧	٢٢	٢٢	١٠	٢٢	١	١	١١	٢	١٩	٤	١٠	٢٩	٨	٢٢
الاقتصاد والتجارة	/	ك	١	٨	١٧	٢	٤	٢	٢	١	٤	١٢	١	١	٤	١٥	٤٥	٧٠
المستأجر	/	ك	١	١	١٢	١	٤	١	١	١	١٢	١	١٩	١	١٠	٢٢	١٨	٢٨
وسائل الإعلام	ك	ك	١٢	٢٩	٢١	١	٢١	١	١	١	٢٩	١	٤	٤	٢	٢٢	١٠٢	١٩٢
	/	/	١٩	١١	١٧	١	٢٢	١	١	١	١٩	١	١٩	١	١٢	١٢	١٢	١٢

جمال رقم (٢٥) يندرج كهيئة التزامات البحث بمناسبات وعالية المستوى

[illegible]

محل رقم (٣١) يجمع أسلاك الاتصال سيراك وخدمات رعاية الموهبة.

المجموع الكل	المجموع	الاستحقاقات				المجموع	المراكز				المجموع	المدارس		المدينة	
		أول منبها	خبرة	الخدمة	المستأني		المدنية	معالجة	التقني	بند		الثكنية	الأول		
٢٤	١٠٥	٢٨	٢٢	١٢	٢١	٢١	٢	١٢	١٠	٤	٧٠	٤٦	٢٤	د	الرعاية الطبية
٨١,٢٦	٤٢	١٥,٢	٩,٢	٥,٢	١٢,٢	١١,٢٦	٢	٢,٢	١٦	٦	٨٠	٤٨	٢٢		
٢٢٠	١١٢	٤٢	٢٢	١٢	٢٢	٢٨	٢	١٢	١٦	٦	٨٠	٤٨	٢٢	د	الرعاية النفسية
٤٢	١٤,٢	١٧,٢	٩,٢	٥,٢	١٧,٢	١٥,٢	١,٢	٥,٢	٤,٢	٢,٢	٢٢	١٩,٢	١٢,٢		
١١٦	٤٠	٢٤	١٩	١٠	٢٧	٢٨	٢	١٢	١٦	٦	٢٨	٤٦	٢٢	د	الرعاية الاجتماعية
٧٨,٤	٢١	١٢,٢	٧,٢	٤	١٠,٢	١٥,٢	١,٢	٥,٢	٤,٢	٢,٢	٢٧,٢	١٨,٢	٢,٢		
١٧٧	٤٢	١٥	٢	٢	٢٠	٥١	٢	١٤	٢٨	٦	٨٢	٤٨	٢٥	د	التأهيل المهني
٧٠,٢	١٧,٢	٦	٢	١,٢	٨	٢٠,٢	٢	٥,٢	١١,٢	٢,٢	٢٢,٢	١٩,٢	١٤		
١٤٤	٩	٢	١	١	٤	٥,٢	٢	١٢	٢٠	٦	٢٩	٤٧	٢٢	د	للمصالح في فروع العمل أو المكتب
٥٥,٢	٢,٢	١,٢	٢	٢	١,٢	٢٧,٢	١,٢	٢,٢	١٢	٢,٢	٢١,٢	١٨,٢	١٢,٢		
٤٢	١	١				٢٢	٢	١٠	٩	١	٢٠	١٥	٥	د	مساعدات مالية
١٧,٢	٢	٢				٨,٢	٢	٤	٢,٢	٢	٨	٦	٢		

صفحة رقم (٢٨) يصبح أسلاف تربية السمك في الإصطاق بالكميات

المجموع الكل	المجموع	الاستيفات				المجموع	المراكز				القيمة	
		أين سينا	خولة	الهيئة	المستأجر		الصفحة	الترخيص	مكتب	المجموع	الذكورية	الاول
٢١	٢٢	٢١	١			١٧	١	١		٢٧	١٥	١٢
٢٢	٢٣	٢٢	١			١٨	٢	٢		٢٨	١٦	١٣
٢٣	٢٤	٢٣	١			١٩	٣	٣		٢٩	١٧	١٤
٢٤	٢٥	٢٤				٢٠	٤	٤		٣٠	١٨	١٥
٢٥	٢٦	٢٥				٢١	٥	٥		٣١	١٩	١٦
٢٦	٢٧	٢٦				٢٢	٦	٦		٣٢	٢٠	١٧
٢٧	٢٨	٢٧				٢٣	٧	٧		٣٣	٢١	١٨
٢٨	٢٩	٢٨				٢٤	٨	٨		٣٤	٢٢	١٩
٢٩	٣٠	٢٩				٢٥	٩	٩		٣٥	٢٣	٢٠
٣٠	٣١	٣٠				٢٦	١٠	١٠		٣٦	٢٤	٢١
٣١	٣٢	٣١				٢٧	١١	١١		٣٧	٢٥	٢٢
٣٢	٣٣	٣٢				٢٨	١٢	١٢		٣٨	٢٦	٢٣
٣٣	٣٤	٣٣				٢٩	١٣	١٣		٣٩	٢٧	٢٤
٣٤	٣٥	٣٤				٣٠	١٤	١٤		٤٠	٢٨	٢٥
٣٥	٣٦	٣٥				٣١	١٥	١٥		٤١	٢٩	٢٦
٣٦	٣٧	٣٦				٣٢	١٦	١٦		٤٢	٣٠	٢٧
٣٧	٣٨	٣٧				٣٣	١٧	١٧		٤٣	٣١	٢٨
٣٨	٣٩	٣٨				٣٤	١٨	١٨		٤٤	٣٢	٢٩
٣٩	٤٠	٣٩				٣٥	١٩	١٩		٤٥	٣٣	٣٠
٤٠	٤١	٤٠				٣٦	٢٠	٢٠		٤٦	٣٤	٣١
٤١	٤٢	٤١				٣٧	٢١	٢١		٤٧	٣٥	٣٢
٤٢	٤٣	٤٢				٣٨	٢٢	٢٢		٤٨	٣٦	٣٣
٤٣	٤٤	٤٣				٣٩	٢٣	٢٣		٤٩	٣٧	٣٤
٤٤	٤٥	٤٤				٤٠	٢٤	٢٤		٥٠	٣٨	٣٥
٤٥	٤٦	٤٥				٤١	٢٥	٢٥		٥١	٣٩	٣٦
٤٦	٤٧	٤٦				٤٢	٢٦	٢٦		٥٢	٤٠	٣٧
٤٧	٤٨	٤٧				٤٣	٢٧	٢٧		٥٣	٤١	٣٨
٤٨	٤٩	٤٨				٤٤	٢٨	٢٨		٥٤	٤٢	٣٩
٤٩	٥٠	٤٩				٤٥	٢٩	٢٩		٥٥	٤٣	٤٠
٥٠	٥١	٥٠				٤٦	٣٠	٣٠		٥٦	٤٤	٤١
٥١	٥٢	٥١				٤٧	٣١	٣١		٥٧	٤٥	٤٢
٥٢	٥٣	٥٢				٤٨	٣٢	٣٢		٥٨	٤٦	٤٣
٥٣	٥٤	٥٣				٤٩	٣٣	٣٣		٥٩	٤٧	٤٤
٥٤	٥٥	٥٤				٥٠	٣٤	٣٤		٦٠	٤٨	٤٥
٥٥	٥٦	٥٥				٥١	٣٥	٣٥		٦١	٤٩	٤٦
٥٦	٥٧	٥٦				٥٢	٣٦	٣٦		٦٢	٥٠	٤٧
٥٧	٥٨	٥٧				٥٣	٣٧	٣٧		٦٣	٥١	٤٨
٥٨	٥٩	٥٨				٥٤	٣٨	٣٨		٦٤	٥٢	٤٩
٥٩	٦٠	٥٩				٥٥	٣٩	٣٩		٦٥	٥٣	٥٠
٦٠	٦١	٦٠				٥٦	٤٠	٤٠		٦٦	٥٤	٥١
٦١	٦٢	٦١				٥٧	٤١	٤١		٦٧	٥٥	٥٢
٦٢	٦٣	٦٢				٥٨	٤٢	٤٢		٦٨	٥٦	٥٣
٦٣	٦٤	٦٣				٥٩	٤٣	٤٣		٦٩	٥٧	٥٤
٦٤	٦٥	٦٤				٦٠	٤٤	٤٤		٧٠	٥٨	٥٥
٦٥	٦٦	٦٥				٦١	٤٥	٤٥		٧١	٥٩	٥٦
٦٦	٦٧	٦٦				٦٢	٤٦	٤٦		٧٢	٦٠	٥٧
٦٧	٦٨	٦٧				٦٣	٤٧	٤٧		٧٣	٦١	٥٨
٦٨	٦٩	٦٨				٦٤	٤٨	٤٨		٧٤	٦٢	٥٩
٦٩	٧٠	٦٩				٦٥	٤٩	٤٩		٧٥	٦٣	٦٠
٧٠	٧١	٧٠				٦٦	٥٠	٥٠		٧٦	٦٤	٦١
٧١	٧٢	٧١				٦٧	٥١	٥١		٧٧	٦٥	٦٢
٧٢	٧٣	٧٢				٦٨	٥٢	٥٢		٧٨	٦٦	٦٣
٧٣	٧٤	٧٣				٦٩	٥٣	٥٣		٧٩	٦٧	٦٤
٧٤	٧٥	٧٤				٧٠	٥٤	٥٤		٨٠	٦٨	٦٥
٧٥	٧٦	٧٥				٧١	٥٥	٥٥		٨١	٦٩	٦٦
٧٦	٧٧	٧٦				٧٢	٥٦	٥٦		٨٢	٧٠	٦٧
٧٧	٧٨	٧٧				٧٣	٥٧	٥٧		٨٣	٧١	٦٨
٧٨	٧٩	٧٨				٧٤	٥٨	٥٨		٨٤	٧٢	٦٩
٧٩	٨٠	٧٩				٧٥	٥٩	٥٩		٨٥	٧٣	٧٠
٨٠	٨١	٨٠				٧٦	٦٠	٦٠		٨٦	٧٤	٧١
٨١	٨٢	٨١				٧٧	٦١	٦١		٨٧	٧٥	٧٢
٨٢	٨٣	٨٢				٧٨	٦٢	٦٢		٨٨	٧٦	٧٣
٨٣	٨٤	٨٣				٧٩	٦٣	٦٣		٨٩	٧٧	٧٤
٨٤	٨٥	٨٤				٨٠	٦٤	٦٤		٩٠	٧٨	٧٥
٨٥	٨٦	٨٥				٨١	٦٥	٦٥		٩١	٧٩	٧٦
٨٦	٨٧	٨٦				٨٢	٦٦	٦٦		٩٢	٨٠	٧٧
٨٧	٨٨	٨٧				٨٣	٦٧	٦٧		٩٣	٨١	٧٨
٨٨	٨٩	٨٨				٨٤	٦٨	٦٨		٩٤	٨٢	٧٩
٨٩	٩٠	٨٩				٨٥	٦٩	٦٩		٩٥	٨٣	٨٠
٩٠	٩١	٩٠				٨٦	٧٠	٧٠		٩٦	٨٤	٨١
٩١	٩٢	٩١				٨٧	٧١	٧١		٩٧	٨٥	٨٢
٩٢	٩٣	٩٢				٨٨	٧٢	٧٢		٩٨	٨٦	٨٣
٩٣	٩٤	٩٣				٨٩	٧٣	٧٣		٩٩	٨٧	٨٤
٩٤	٩٥	٩٤				٩٠	٧٤	٧٤		١٠٠	٨٨	٨٥
٩٥	٩٦	٩٥				٩١	٧٥	٧٥		١٠١	٨٩	٨٦
٩٦	٩٧	٩٦				٩٢	٧٦	٧٦		١٠٢	٩٠	٨٧
٩٧	٩٨	٩٧				٩٣	٧٧	٧٧		١٠٣	٩١	٨٨
٩٨	٩٩	٩٨				٩٤	٧٨	٧٨		١٠٤	٩٢	٨٩
٩٩	١٠٠	٩٩				٩٥	٧٩	٧٩		١٠٥	٩٣	٩٠
١٠٠	١٠١	١٠٠				٩٦	٨٠	٨٠		١٠٦	٩٤	٩١
١٠١	١٠٢	١٠٠				٩٧	٨١	٨١		١٠٧	٩٥	٩٢
١٠٢	١٠٣	١٠١				٩٨	٨٢	٨٢		١٠٨	٩٦	٩٣
١٠٣	١٠٤	١٠٢				٩٩	٨٣	٨٣		١٠٩	٩٧	٩٤
١٠٤	١٠٥	١٠٣				١٠٠	٨٤	٨٤		١١٠	٩٨	٩٥
١٠٥	١٠٦	١٠٤				١٠١	٨٥	٨٥		١١١	٩٩	٩٦
١٠٦	١٠٧	١٠٥				١٠٢	٨٦	٨٦		١١٢	١٠٠	٩٧
١٠٧	١٠٨	١٠٦				١٠٣	٨٧	٨٧		١١٣	١٠١	٩٨
١٠٨	١٠٩	١٠٧				١٠٤	٨٨	٨٨		١١٤	١٠٢	٩٩
١٠٩	١١٠	١٠٨				١٠٥	٨٩	٨٩		١١٥	١٠٣	١٠٠
١١٠	١١١	١٠٩				١٠٦	٩٠	٩٠		١١٦	١٠٤	١٠١
١١١	١١٢	١١٠				١٠٧	٩١	٩١		١١٧	١٠٥	١٠٢
١١٢	١١٣	١١١				١٠٨	٩٢	٩٢		١١٨	١٠٦	١٠٣
١١٣	١١٤	١١٢				١٠٩	٩٣	٩٣		١١٩	١٠٧	١٠٤
١١٤	١١٥	١١٣				١١٠	٩٤	٩٤		١٢٠	١٠٨	١٠٥
١١٥	١١٦	١١٤				١١١	٩٥	٩٥		١٢١	١٠٩	١٠٦
١١٦	١١٧	١١٥				١١٢	٩٦	٩٦		١٢٢	١١٠	١٠٧
١١٧	١١٨	١١٦				١١٣	٩٧	٩٧		١٢٣	١١١	١٠٨
١١٨	١١٩	١١٧				١١٤	٩٨	٩٨		١٢٤	١١٢	١٠٩
١١٩	١٢٠	١١٨				١١٥	٩٩	٩٩		١٢٥	١١٣	١١٠
١٢٠	١٢١	١١٩				١١٦	١٠٠	١٠٠		١٢٦	١١٤	١١١
١٢١	١٢٢	١٢٠				١١٧	١٠١	١٠١		١٢٧	١١٥	١١٢
١٢٢	١٢٣	١٢١				١١٨	١٠٢	١٠٢		١٢٨	١١٦	١١٣
١٢٣	١٢٤	١٢٢				١١٩	١٠٣	١٠٣		١٢٩	١١٧	١١٤
١٢٤	١٢٥	١٢٣				١٢٠	١٠٤	١٠٤		١٣٠	١١٨	١١٥
١٢٥	١٢٦	١٢٤				١٢١	١٠٥	١٠٥		١٣١	١١٩	١١٦
١٢٦	١٢٧	١٢٥				١٢٢	١٠٦	١٠٦		١٣٢	١٢٠	١١٧
١٢٧	١٢٨	١٢٦				١٢٣	١٠٧	١٠٧		١٣٣	١٢١	١١٨
١٢٨	١٢٩	١٢٧				١٢٤	١٠٨	١٠٨		١٣٤	١٢٢	١١٩
١٢٩	١٣٠	١٢٨				١٢٥	١٠٩	١٠٩		١٣٥	١٢٣	١٢٠
١٣٠	١٣١	١٢٩				١٢٦	١١٠	١١٠		١٣٦	١٢٤	١٢١
١٣١	١٣٢	١٣٠				١٢٧	١١١	١١١		١٣٧	١٢٥	١٢٢
١٣٢	١٣٣	١٣١				١٢٨	١١٢	١١٢		١٣٨	١٢٦	١٢٣
١٣٣												

تحت جدول رقم (٢٩) يوجد جدول يوضح مكانة الخدمات التي تقدمها المؤسسات لمدينة المنورة من الموقوفات

الخدمات	المدينة		المقارن		المجموع		المراكز				المجموع		المستفيدين				المجموع /	المجموع	الموقف /	الموقف
	مجموع	الاول	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة	السادسة	السابعة	الثامنة	التاسعة	الخامسة	السادسة	السابعة	الثامنة	الخامسة	السادسة	الخامسة	السادسة	الخامسة	السادسة
الخدمات العامة	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
الخدمات الاجتماعية	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
الخدمات التعليمية	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
الخدمات الصحية	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
	مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

جدول رقم (٢٠) يوضح حصة كل فئة من الفئات في مجموعها

المجموع	المجموع	الاستثمارات				المجموع	المراكز				المجموع	المدارس		البنية التحتية	التغيرات
		البنية التحتية	خبرة	البنية التحتية	البنية التحتية		البنية التحتية	البنية التحتية	البنية التحتية	البنية التحتية					
												البنية التحتية	البنية التحتية		
المجموع	المجموع	البنية التحتية	خبرة	البنية التحتية	البنية التحتية	المجموع	البنية التحتية	البنية التحتية	البنية التحتية	البنية التحتية	البنية التحتية	البنية التحتية	البنية التحتية	البنية التحتية	البنية التحتية
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١٠٠	١٠٠														

تابع جدول رقم (٣٣) يوضح أهم الخدمات التي يوصى بكم تنفيذها بخدمات رعاية الموهوبين

الخدمات	المجموعة	المدراس					المجموع					المراكز					المستشفيات					المجموع	المجموع	المجموع الكلي																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		الاول		الثكنة			المجموع			بنيد		التفرض		محللة		الضائفة		المجموع			السلطاني				الخدمة		خولة		ابن سينا																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
		٢٤	٢٩	٨٢	١	١	١	٢١	١٣	١	٤١	٧٨	٧	١٣	٣١	٨١	٣٠٥																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
الخدمات المالية	٧	١٧,٢	١١,٢	٣٣,٢	١	١	٢	٤	١	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤

[illegible]

يتملك رقم (١) بوضع مدينة من المناطق من بيئة المدن

المنتج	المنتج	الاستثمارات			المنتج	المرافق			المنتج	المدارس		البيئة	
		أين مبنيا	حالة	الهيئة	المطابق	المدنية	صناعة	الفرش	تجديد	الكثيرة	الأقل		
٥						٣	٧	١		٧	٧	د	إدارة مياه
٢٣						٧	٧	٧		٧	٧	/	
٩	٣			٣		١	٣	١				د	أفاد عتسمة
١	٣			٣		٧	٣	٧				/	
١١	٣	١		٣		٧	٣	٧				د	خدمة اجتماعية
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	خدمة لائسبة
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	طبية علاجية
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	رعاية
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	ملاخ طبني
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	تعليم دولي
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	تربية
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	خدمات
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	تعليم رياضية
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	المنتج
٩	٣	٧			٧	٧	٣	٧				د	

يوضح ترميز الأمانة العامة من مدينة الجبيل

الجمعية	الجمعية	الاستقطاب				الجمعية	المرافق			الجمعية	العمارة		البنية	
		لبن سينا	خولة	الجمعية	الاسطاسي		صالة	الديني	بيت		الكلية	الكلية		
١٣	٧	٧				١١	٤	٧					ك	داخل المؤسسة
١٤	٧	٧				٧	٧	٧					ك	
١٥	٧	٧				١١	٧	٧					ك	خارج المؤسسة
١٦	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
١٧	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
١٨	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
١٩	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٢٠	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٢١	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٢٢	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٢٣	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٢٤	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٢٥	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٢٦	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٢٧	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٢٨	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٢٩	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٣٠	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٣١	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٣٢	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٣٣	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٣٤	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٣٥	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٣٦	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٣٧	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٣٨	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٣٩	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٤٠	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٤١	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٤٢	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٤٣	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٤٤	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٤٥	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٤٦	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٤٧	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٤٨	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٤٩	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٥٠	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٥١	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٥٢	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٥٣	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٥٤	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٥٥	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٥٦	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٥٧	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٥٨	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٥٩	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٦٠	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٦١	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٦٢	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٦٣	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٦٤	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٦٥	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٦٦	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٦٧	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٦٨	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٦٩	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٧٠	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٧١	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٧٢	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٧٣	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٧٤	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٧٥	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٧٦	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٧٧	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٧٨	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٧٩	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٨٠	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٨١	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٨٢	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٨٣	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٨٤	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٨٥	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٨٦	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٨٧	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٨٨	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٨٩	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٩٠	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٩١	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٩٢	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٩٣	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٩٤	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٩٥	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٩٦	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٩٧	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
٩٨	٧	٧				١١	٧	٧					ك	
٩٩	٧	٧				١١	٧	٧					ك	الجمعية
١٠٠	٧	٧				١١	٧	٧					ك	

جدول رقم (١٢) يلخص أسباب عدم رغبة بعض العاملين العمل في مؤسسات رعاية الموقنين

السبب الرئيسي في المل	المدارس		الجموع		المراكز				المستشفيات				الجموع	الجموع	الجموع الكلي
	الأول	الثاني	٢	٣	بند	التخفيف	مخافة	الضائقة	السلطاني	الديانة	حالة	أبن سينا			
الغيب من عائلات الموقنين	د		٢	٢			٤	٢	١			٢	٢	٢	١
	/		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
	د		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
هم لادله خيرة	د		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
	/		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
	د		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
هم لادله القردة الجسمية والنفسية	د		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
	/		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
	د		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
معدية العمل في هذا المجال	د		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
	/		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
	د		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
بعد العمل عن السكن	د		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
	/		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢
	د		٢	٢			٢	٢	٤			٢	٢	٢	٢

هذه رقم (١٤) يخضع رغبة الطالبين في ترك العمل الحالي إذا تدرت لهم فرص أخرى غير مؤسسات التعليم

المصنع الكلي	المصنع	الاستقطاب				المجموع	المراكز				المجموع	الدراس	الام	الهيئة	
		ابن سينا	خولة	الهيئة	السلطاني		الساكنة	ملاط	الفرش	بند					
١١	A	٢	٢	١	١	١١		٦	٥					د	الارلق
١٢	١٢	٢	٢	٢	٢	١٢		٤	٢					/	
١٣	١٣	٢	٢	٢	٢	١٣		٢	٢					١٢	لا ارا لبق
١٤	١٤	٢	٢	٢	٢	١٤		٢	٢					١٣	
١٥	١٥	٢	٢	٢	٢	١٥		٢	٢					١٤	المجموع
١٦	١٦	٢	٢	٢	٢	١٦		٢	٢					١٥	
١٧	١٧	٢	٢	٢	٢	١٧		٢	٢					١٦	
١٨	١٨	٢	٢	٢	٢	١٨		٢	٢					١٧	
١٩	١٩	٢	٢	٢	٢	١٩		٢	٢					١٨	
٢٠	٢٠	٢	٢	٢	٢	٢٠		٢	٢					١٩	
٢١	٢١	٢	٢	٢	٢	٢١		٢	٢					٢٠	
٢٢	٢٢	٢	٢	٢	٢	٢٢		٢	٢					٢١	
٢٣	٢٣	٢	٢	٢	٢	٢٣		٢	٢					٢٢	
٢٤	٢٤	٢	٢	٢	٢	٢٤		٢	٢					٢٣	
٢٥	٢٥	٢	٢	٢	٢	٢٥		٢	٢					٢٤	
٢٦	٢٦	٢	٢	٢	٢	٢٦		٢	٢					٢٥	
٢٧	٢٧	٢	٢	٢	٢	٢٧		٢	٢					٢٦	
٢٨	٢٨	٢	٢	٢	٢	٢٨		٢	٢					٢٧	
٢٩	٢٩	٢	٢	٢	٢	٢٩		٢	٢					٢٨	
٣٠	٣٠	٢	٢	٢	٢	٣٠		٢	٢					٢٩	
٣١	٣١	٢	٢	٢	٢	٣١		٢	٢					٣٠	
٣٢	٣٢	٢	٢	٢	٢	٣٢		٢	٢					٣١	
٣٣	٣٣	٢	٢	٢	٢	٣٣		٢	٢					٣٢	
٣٤	٣٤	٢	٢	٢	٢	٣٤		٢	٢					٣٣	
٣٥	٣٥	٢	٢	٢	٢	٣٥		٢	٢					٣٤	
٣٦	٣٦	٢	٢	٢	٢	٣٦		٢	٢					٣٥	
٣٧	٣٧	٢	٢	٢	٢	٣٧		٢	٢					٣٦	
٣٨	٣٨	٢	٢	٢	٢	٣٨		٢	٢					٣٧	
٣٩	٣٩	٢	٢	٢	٢	٣٩		٢	٢					٣٨	
٤٠	٤٠	٢	٢	٢	٢	٤٠		٢	٢					٣٩	
٤١	٤١	٢	٢	٢	٢	٤١		٢	٢					٤٠	
٤٢	٤٢	٢	٢	٢	٢	٤٢		٢	٢					٤١	
٤٣	٤٣	٢	٢	٢	٢	٤٣		٢	٢					٤٢	
٤٤	٤٤	٢	٢	٢	٢	٤٤		٢	٢					٤٣	
٤٥	٤٥	٢	٢	٢	٢	٤٥		٢	٢					٤٤	
٤٦	٤٦	٢	٢	٢	٢	٤٦		٢	٢					٤٥	
٤٧	٤٧	٢	٢	٢	٢	٤٧		٢	٢					٤٦	
٤٨	٤٨	٢	٢	٢	٢	٤٨		٢	٢					٤٧	
٤٩	٤٩	٢	٢	٢	٢	٤٩		٢	٢					٤٨	
٥٠	٥٠	٢	٢	٢	٢	٥٠		٢	٢					٤٩	
٥١	٥١	٢	٢	٢	٢	٥١		٢	٢					٥٠	
٥٢	٥٢	٢	٢	٢	٢	٥٢		٢	٢					٥١	
٥٣	٥٣	٢	٢	٢	٢	٥٣		٢	٢					٥٢	
٥٤	٥٤	٢	٢	٢	٢	٥٤		٢	٢					٥٣	
٥٥	٥٥	٢	٢	٢	٢	٥٥		٢	٢					٥٤	
٥٦	٥٦	٢	٢	٢	٢	٥٦		٢	٢					٥٥	
٥٧	٥٧	٢	٢	٢	٢	٥٧		٢	٢					٥٦	
٥٨	٥٨	٢	٢	٢	٢	٥٨		٢	٢					٥٧	
٥٩	٥٩	٢	٢	٢	٢	٥٩		٢	٢					٥٨	
٦٠	٦٠	٢	٢	٢	٢	٦٠		٢	٢					٥٩	
٦١	٦١	٢	٢	٢	٢	٦١		٢	٢					٦٠	
٦٢	٦٢	٢	٢	٢	٢	٦٢		٢	٢					٦١	
٦٣	٦٣	٢	٢	٢	٢	٦٣		٢	٢					٦٢	
٦٤	٦٤	٢	٢	٢	٢	٦٤		٢	٢					٦٣	
٦٥	٦٥	٢	٢	٢	٢	٦٥		٢	٢					٦٤	
٦٦	٦٦	٢	٢	٢	٢	٦٦		٢	٢					٦٥	
٦٧	٦٧	٢	٢	٢	٢	٦٧		٢	٢					٦٦	
٦٨	٦٨	٢	٢	٢	٢	٦٨		٢	٢					٦٧	
٦٩	٦٩	٢	٢	٢	٢	٦٩		٢	٢					٦٨	
٧٠	٧٠	٢	٢	٢	٢	٧٠		٢	٢					٦٩	
٧١	٧١	٢	٢	٢	٢	٧١		٢	٢					٧٠	
٧٢	٧٢	٢	٢	٢	٢	٧٢		٢	٢					٧١	
٧٣	٧٣	٢	٢	٢	٢	٧٣		٢	٢					٧٢	
٧٤	٧٤	٢	٢	٢	٢	٧٤		٢	٢					٧٣	
٧٥	٧٥	٢	٢	٢	٢	٧٥		٢	٢					٧٤	
٧٦	٧٦	٢	٢	٢	٢	٧٦		٢	٢					٧٥	
٧٧	٧٧	٢	٢	٢	٢	٧٧		٢	٢					٧٦	
٧٨	٧٨	٢	٢	٢	٢	٧٨		٢	٢					٧٧	
٧٩	٧٩	٢	٢	٢	٢	٧٩		٢	٢					٧٨	
٨٠	٨٠	٢	٢	٢	٢	٨٠		٢	٢					٧٩	
٨١	٨١	٢	٢	٢	٢	٨١		٢	٢					٨٠	
٨٢	٨٢	٢	٢	٢	٢	٨٢		٢	٢					٨١	
٨٣	٨٣	٢	٢	٢	٢	٨٣		٢	٢					٨٢	
٨٤	٨٤	٢	٢	٢	٢	٨٤		٢	٢					٨٣	
٨٥	٨٥	٢	٢	٢	٢	٨٥		٢	٢					٨٤	
٨٦	٨٦	٢	٢	٢	٢	٨٦		٢	٢					٨٥	
٨٧	٨٧	٢	٢	٢	٢	٨٧		٢	٢					٨٦	
٨٨	٨٨	٢	٢	٢	٢	٨٨		٢	٢					٨٧	
٨٩	٨٩	٢	٢	٢	٢	٨٩		٢	٢					٨٨	
٩٠	٩٠	٢	٢	٢	٢	٩٠		٢	٢					٨٩	
٩١	٩١	٢	٢	٢	٢	٩١		٢	٢					٩٠	
٩٢	٩٢	٢	٢	٢	٢	٩٢		٢	٢					٩١	
٩٣	٩٣	٢	٢	٢	٢	٩٣		٢	٢					٩٢	
٩٤	٩٤	٢	٢	٢	٢	٩٤		٢	٢					٩٣	
٩٥	٩٥	٢	٢	٢	٢	٩٥		٢	٢					٩٤	
٩٦	٩٦	٢	٢	٢	٢	٩٦		٢	٢					٩٥	
٩٧	٩٧	٢	٢	٢	٢	٩٧		٢	٢					٩٦	
٩٨	٩٨	٢	٢	٢	٢	٩٨		٢	٢					٩٧	
٩٩	٩٩	٢	٢	٢	٢	٩٩		٢	٢					٩٨	
١٠٠	١٠٠	٢	٢	٢	٢	١٠٠		٢	٢					٩٩	

جدول رقم (١٧) عناصر ذاتي القابلي، هي القابلي، ودرجاتهم كمنه اجتماعية

البيئة	الدراس		المجموع	المراكز				المجموع	الاستجابات				المجموع	المسكن	
	الاول	الثاني		جيد	المتوسط	مصلحة	السامية		المجموع	المتساوي	الدرجة	خولة			لدراسيا
من ضمنها المجتمع	ك		١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
	/		٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧
	ك	٢٥	١٣	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨
	/	١٧	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩
	ك	١	٥	١											
مرضي عابدين	/	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧	٣٧
	ك	١٣	١٣	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨
	/														
	ك	١٣	١٣	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨
	/														
يجب ان يتصلوا القضاة والظفر	ك														
	/														
	ك														
	/														
	ك														
لأن لا أمل فيها اجتماعيا	/														
	ك	١٨	١٢	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨
	/	١٨	١٢	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨
	ك	٢٥	١٣	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨
	ك														
يجب الاهتمام بهم ودراسهم	ك														
	/														
	ك														
	/														
	ك														
مضطرة رعاية أسرهم	/														
	ك	٢١	١٣	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨
	/														
	ك	٢١	١٣	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨
	/														
مضطرة رعاية أسرهم	ك														
	/														
	ك														
	/														
	ك														
مضطرة رعاية أسرهم	/														
	ك	٢١	١٣	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨
	/														
	ك	٢١	١٣	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨
	/														

جدول رقم (١٨) يوضح أهم أسباب الخطأ حسب درجة نظر المالكين في مؤسسات الموقوفين

الدرجة الأكبر	المتبع	الاستنتاجات				الأسباب				المقارن		النتيجة
		أسباب	حالة	الدرجة	المتبع	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة			
١٨	٢٨	٢٢	١	٢	١٨	١	١١	١	٧	١٠	١٢	المرتبة الأولى
١٩	٢٩	١٩	٢	٣	١٩	٤	٢٩	٣	١٩	١٩	١٩	
٢٠	٣٠	٢٠	٣	٤	٢٠	٥	٣٠	٤	٢٠	٢٠	٢٠	
٢١	٣١	٢١	٤	٥	٢١	٦	٣١	٥	٢١	٢١	٢١	
٢٢	٣٢	٢٢	٥	٦	٢٢	٧	٣٢	٦	٢٢	٢٢	٢٢	المرتبة الثانية
٢٣	٣٣	٢٣	٦	٧	٢٣	٨	٣٣	٧	٢٣	٢٣	٢٣	
٢٤	٣٤	٢٤	٧	٨	٢٤	٩	٣٤	٨	٢٤	٢٤	٢٤	
٢٥	٣٥	٢٥	٨	٩	٢٥	١٠	٣٥	٩	٢٥	٢٥	٢٥	
٢٦	٣٦	٢٦	٩	١٠	٢٦	١١	٣٦	١٠	٢٦	٢٦	٢٦	المرتبة الثالثة
٢٧	٣٧	٢٧	١٠	١١	٢٧	١٢	٣٧	١١	٢٧	٢٧	٢٧	
٢٨	٣٨	٢٨	١١	١٢	٢٨	١٣	٣٨	١٢	٢٨	٢٨	٢٨	
٢٩	٣٩	٢٩	١٢	١٣	٢٩	١٤	٣٩	١٣	٢٩	٢٩	٢٩	
٣٠	٤٠	٣٠	١٣	١٤	٣٠	١٥	٤٠	١٤	٣٠	٣٠	٣٠	المرتبة الرابعة
٣١	٤١	٣١	١٤	١٥	٣١	١٦	٤١	١٥	٣١	٣١	٣١	
٣٢	٤٢	٣٢	١٥	١٦	٣٢	١٧	٤٢	١٦	٣٢	٣٢	٣٢	
٣٣	٤٣	٣٣	١٦	١٧	٣٣	١٨	٤٣	١٧	٣٣	٣٣	٣٣	
٣٤	٤٤	٣٤	١٧	١٨	٣٤	١٩	٤٤	١٨	٣٤	٣٤	٣٤	المرتبة الخامسة
٣٥	٤٥	٣٥	١٨	١٩	٣٥	٢٠	٤٥	١٩	٣٥	٣٥	٣٥	
٣٦	٤٦	٣٦	١٩	٢٠	٣٦	٢١	٤٦	٢٠	٣٦	٣٦	٣٦	
٣٧	٤٧	٣٧	٢٠	٢١	٣٧	٢٢	٤٧	٢١	٣٧	٣٧	٣٧	
٣٨	٤٨	٣٨	٢١	٢٢	٣٨	٢٣	٤٨	٢٢	٣٨	٣٨	٣٨	المرتبة السادسة
٣٩	٤٩	٣٩	٢٢	٢٣	٣٩	٢٤	٤٩	٢٣	٣٩	٣٩	٣٩	
٤٠	٥٠	٤٠	٢٣	٢٤	٤٠	٢٥	٥٠	٢٤	٤٠	٤٠	٤٠	
٤١	٥١	٤١	٢٤	٢٥	٤١	٢٦	٥١	٢٥	٤١	٤١	٤١	
٤٢	٥٢	٤٢	٢٥	٢٦	٤٢	٢٧	٥٢	٢٦	٤٢	٤٢	٤٢	المرتبة السابعة
٤٣	٥٣	٤٣	٢٦	٢٧	٤٣	٢٨	٥٣	٢٧	٤٣	٤٣	٤٣	
٤٤	٥٤	٤٤	٢٧	٢٨	٤٤	٢٩	٥٤	٢٨	٤٤	٤٤	٤٤	
٤٥	٥٥	٤٥	٢٨	٢٩	٤٥	٣٠	٥٥	٢٩	٤٥	٤٥	٤٥	
٤٦	٥٦	٤٦	٢٩	٣٠	٤٦	٣١	٥٦	٣٠	٤٦	٤٦	٤٦	المرتبة الثامنة
٤٧	٥٧	٤٧	٣٠	٣١	٤٧	٣٢	٥٧	٣١	٤٧	٤٧	٤٧	
٤٨	٥٨	٤٨	٣١	٣٢	٤٨	٣٣	٥٨	٣٢	٤٨	٤٨	٤٨	
٤٩	٥٩	٤٩	٣٢	٣٣	٤٩	٣٤	٥٩	٣٣	٤٩	٤٩	٤٩	
٥٠	٦٠	٥٠	٣٣	٣٤	٥٠	٣٥	٦٠	٣٤	٥٠	٥٠	٥٠	المرتبة التاسعة
٥١	٦١	٥١	٣٤	٣٥	٥١	٣٦	٦١	٣٥	٥١	٥١	٥١	
٥٢	٦٢	٥٢	٣٥	٣٦	٥٢	٣٧	٦٢	٣٦	٥٢	٥٢	٥٢	
٥٣	٦٣	٥٣	٣٦	٣٧	٥٣	٣٨	٦٣	٣٧	٥٣	٥٣	٥٣	
٥٤	٦٤	٥٤	٣٧	٣٨	٥٤	٣٩	٦٤	٣٨	٥٤	٥٤	٥٤	المرتبة العاشرة
٥٥	٦٥	٥٥	٣٨	٣٩	٥٥	٤٠	٦٥	٣٩	٥٥	٥٥	٥٥	
٥٦	٦٦	٥٦	٣٩	٤٠	٥٦	٤١	٦٦	٤٠	٥٦	٥٦	٥٦	
٥٧	٦٧	٥٧	٤٠	٤١	٥٧	٤٢	٦٧	٤١	٥٧	٥٧	٥٧	
٥٨	٦٨	٥٨	٤١	٤٢	٥٨	٤٣	٦٨	٤٢	٥٨	٥٨	٥٨	المرتبة الحادية عشرة
٥٩	٦٩	٥٩	٤٢	٤٣	٥٩	٤٤	٦٩	٤٣	٥٩	٥٩	٥٩	
٦٠	٧٠	٦٠	٤٣	٤٤	٦٠	٤٥	٧٠	٤٤	٦٠	٦٠	٦٠	
٦١	٧١	٦١	٤٤	٤٥	٦١	٤٦	٧١	٤٥	٦١	٦١	٦١	
٦٢	٧٢	٦٢	٤٥	٤٦	٦٢	٤٧	٧٢	٤٦	٦٢	٦٢	٦٢	المرتبة الثانية عشرة
٦٣	٧٣	٦٣	٤٦	٤٧	٦٣	٤٨	٧٣	٤٧	٦٣	٦٣	٦٣	
٦٤	٧٤	٦٤	٤٧	٤٨	٦٤	٤٩	٧٤	٤٨	٦٤	٦٤	٦٤	
٦٥	٧٥	٦٥	٤٨	٤٩	٦٥	٥٠	٧٥	٤٩	٦٥	٦٥	٦٥	
٦٦	٧٦	٦٦	٤٩	٥٠	٦٦	٥١	٧٦	٥٠	٦٦	٦٦	٦٦	المرتبة الثالثة عشرة
٦٧	٧٧	٦٧	٥٠	٥١	٦٧	٥٢	٧٧	٥١	٦٧	٦٧	٦٧	
٦٨	٧٨	٦٨	٥١	٥٢	٦٨	٥٣	٧٨	٥٢	٦٨	٦٨	٦٨	
٦٩	٧٩	٦٩	٥٢	٥٣	٦٩	٥٤	٧٩	٥٣	٦٩	٦٩	٦٩	
٧٠	٨٠	٧٠	٥٣	٥٤	٧٠	٥٥	٨٠	٥٤	٧٠	٧٠	٧٠	المرتبة الرابعة عشرة
٧١	٨١	٧١	٥٤	٥٥	٧١	٥٦	٨١	٥٥	٧١	٧١	٧١	
٧٢	٨٢	٧٢	٥٥	٥٦	٧٢	٥٧	٨٢	٥٦	٧٢	٧٢	٧٢	
٧٣	٨٣	٧٣	٥٦	٥٧	٧٣	٥٨	٨٣	٥٧	٧٣	٧٣	٧٣	
٧٤	٨٤	٧٤	٥٧	٥٨	٧٤	٥٩	٨٤	٥٨	٧٤	٧٤	٧٤	المرتبة الخامسة عشرة
٧٥	٨٥	٧٥	٥٨	٥٩	٧٥	٦٠	٨٥	٥٩	٧٥	٧٥	٧٥	
٧٦	٨٦	٧٦	٥٩	٦٠	٧٦	٦١	٨٦	٦٠	٧٦	٧٦	٧٦	
٧٧	٨٧	٧٧	٦٠	٦١	٧٧	٦٢	٨٧	٦١	٧٧	٧٧	٧٧	
٧٨	٨٨	٧٨	٦١	٦٢	٧٨	٦٣	٨٨	٦٢	٧٨	٧٨	٧٨	المرتبة السادسة عشرة
٧٩	٨٩	٧٩	٦٢	٦٣	٧٩	٦٤	٨٩	٦٣	٧٩	٧٩	٧٩	
٨٠	٩٠	٨٠	٦٣	٦٤	٨٠	٦٥	٩٠	٦٤	٨٠	٨٠	٨٠	
٨١	٩١	٨١	٦٤	٦٥	٨١	٦٦	٩١	٦٥	٨١	٨١	٨١	
٨٢	٩٢	٨٢	٦٥	٦٦	٨٢	٦٧	٩٢	٦٦	٨٢	٨٢	٨٢	المرتبة السابعة عشرة
٨٣	٩٣	٨٣	٦٦	٦٧	٨٣	٦٨	٩٣	٦٧	٨٣	٨٣	٨٣	
٨٤	٩٤	٨٤	٦٧	٦٨	٨٤	٦٩	٩٤	٦٨	٨٤	٨٤	٨٤	
٨٥	٩٥	٨٥	٦٨	٦٩	٨٥	٧٠	٩٥	٦٩	٨٥	٨٥	٨٥	
٨٦	٩٦	٨٦	٦٩	٧٠	٨٦	٧١	٩٦	٧٠	٨٦	٨٦	٨٦	المرتبة الثامنة عشرة
٨٧	٩٧	٨٧	٧٠	٧١	٨٧	٧٢	٩٧	٧١	٨٧	٨٧	٨٧	
٨٨	٩٨	٨٨	٧١	٧٢	٨٨	٧٣	٩٨	٧٢	٨٨	٨٨	٨٨	
٨٩	٩٩	٨٩	٧٢	٧٣	٨٩	٧٤	٩٩	٧٣	٨٩	٨٩	٨٩	
٩٠	١٠٠	٩٠	٧٣	٧٤	٩٠	٧٥	١٠٠	٧٤	٩٠	٩٠	٩٠	المرتبة التاسعة عشرة
٩١	١٠١	٩١	٧٤	٧٥	٩١	٧٦	١٠١	٧٥	٩١	٩١	٩١	
٩٢	١٠٢	٩٢	٧٥	٧٦	٩٢	٧٧	١٠٢	٧٦	٩٢	٩٢	٩٢	
٩٣	١٠٣	٩٣	٧٦	٧٧	٩٣	٧٨	١٠٣	٧٧	٩٣	٩٣	٩٣	
٩٤	١٠٤	٩٤	٧٧	٧٨	٩٤	٧٩	١٠٤	٧٨	٩٤	٩٤	٩٤	المرتبة العشرون
٩٥	١٠٥	٩٥	٧٨	٧٩	٩٥	٨٠	١٠٥	٧٩	٩٥	٩٥	٩٥	
٩٦	١٠٦	٩٦	٧٩	٨٠	٩٦	٨١	١٠٦	٨٠	٩٦	٩٦	٩٦	
٩٧	١٠٧	٩٧	٨٠	٨١	٩٧	٨٢	١٠٧	٨١	٩٧	٩٧	٩٧	
٩٨	١٠٨	٩٨	٨١	٨٢	٩٨	٨٣	١٠٨	٨٢	٩٨	٩٨	٩٨	المرتبة الحادية والعشرون
٩٩	١٠٩	٩٩	٨٢	٨٣	٩٩	٨٤	١٠٩	٨٣	٩٩	٩٩	٩٩	
١٠٠	١١٠	١٠٠	٨٣	٨٤	١٠٠	٨٥	١١٠	٨٤	١٠٠	١٠٠	١٠٠	
١٠١	١١١	١٠١	٨٤	٨٥	١٠١	٨٦	١١١	٨٥	١٠١	١٠١	١٠١	
١٠٢	١١٢	١٠٢	٨٥	٨٦	١٠٢	٨٧	١١٢	٨٦	١٠٢	١٠٢	١٠٢	المرتبة الثانية والعشرون
١٠٣	١١٣	١٠٣	٨٦	٨٧	١٠٣	٨٨	١١٣	٨٧	١٠٣	١٠٣	١٠٣	
١٠٤	١١٤	١٠٤	٨٧	٨٨	١٠٤	٨٩	١١٤	٨٨	١٠٤	١٠٤	١٠٤	
١٠٥	١١٥	١٠٥	٨٨	٨٩	١٠٥	٩٠	١١٥	٨٩	١٠٥	١٠٥	١٠٥	
١٠٦	١١٦	١٠٦	٨٩	٩٠	١٠٦	٩١	١١٦	٩٠	١٠٦	١٠٦	١٠٦	المرتبة الثالثة والعشرون
١٠٧	١١٧	١٠٧	٩٠	٩١	١٠٧	٩٢	١١٧	٩١	١٠٧	١٠٧	١٠٧	
١٠٨	١١٨	١٠٨	٩١	٩٢	١٠٨	٩٣	١١٨	٩٢	١٠٨	١٠٨	١٠٨	
١٠٩	١١٩	١٠٩	٩٢	٩٣	١٠٩	٩٤	١١٩	٩٣	١٠٩	١٠٩	١٠٩	
١١٠	١٢٠	١١٠	٩٣	٩٤	١١٠	٩٥	١٢٠	٩٤	١١٠	١١٠	١١٠	المرتبة الرابعة والعشرون
١١١	١٢١	١١١	٩٤	٩٥	١١١	٩٦	١٢١	٩٥	١١١	١١١	١١١	
١١٢	١٢٢	١١٢	٩٥	٩٦	١١٢	٩٧	١٢٢	٩٦	١١٢	١١٢	١١٢	
١١٣	١٢٣	١١٣	٩٦	٩٧	١١٣	٩٨	١٢٣	٩٧	١١٣	١١٣	١١٣	
١١٤	١٢٤	١١٤	٩٧	٩٨	١١٤	٩٩	١٢٤	٩٨	١١٤	١١٤	١١٤	المرتبة الخامسة والعشرون
١١٥	١٢٥	١١٥	٩٨	٩٩	١١٥	١٠٠	١٢٥	٩٩	١١٥	١١٥	١١٥	
١١٦	١٢٦	١١٦	٩٩	١٠٠	١١٦	١٠١	١٢٦	١٠٠	١١٦	١١٦	١١٦	
١١٧	١٢٧	١١٧	١٠٠	١٠١	١١٧	١٠٢	١٢٧	١٠١	١١٧	١١٧	١١٧	
١١٨	١٢٨	١١٨	١٠١	١٠٢	١١٨	١٠٣	١٢٨	١٠٢	١١٨	١١٨	١١٨	المرتبة السادسة والعشرون
١١٩	١٢٩	١١٩	١٠٢	١٠٣	١١٩	١٠٤	١٢٩	١٠٣	١١٩	١١٩	١١٩	
١٢٠	١٣٠	١٢٠	١٠٣	١٠٤	١٢٠	١٠٥	١٣٠	١٠٤	١٢			

تابع جدول رقم (١٨) بوضع أهم أساليب وصف درجة خطر الإصابة في مؤسسات التعليم

المصنف المصنف الكلي	المصنف	الاستبيانات				المصنف				المراكز				المصنف		المدارس		الدرجة	البيان
		أول سبب	خاتمة	الدرجة	المتاح	المصنف	المتاح	ملاحظة	الفرع	بند	المصنف	المتاح	الأول						
١.٣	٣٣	١١	أ	٣	١	١٢	٥	٢٥	١	أ	٧٨	١١	١٧	ك	نقص الرعاية الاجتماعية	/	/	/	/
١٦.٣	٢٢	١٤	ج.٣	٢	٧٨	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	ج.٣	ج.٣	١٦.٣	١١.٣	١١.٣	د					
١.٣	٢٢	٢١	٧	٢	١	٢٩	١	٢٠	٥	أ	٢٢	١١	١١	د					
١٦.٣	٢١.٣	١٤	٢.٣	٢	١	٢١	١	١٣.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	١٢	١٢	د	تقصير وسائل الإعلام	/	/	/	/
١٧	٢٢	١٨	٧	٢	١	٢٨	٧	١٧	١	أ	٢١	١٢	١٢	د					
١٠.٣	٢١	٢٢	٤	١	٤	٢٧	٥	١٨	١	٤	٢٢	١٠.٣	١٠.٣	د					
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢١.٣	٢.٣	١٢.٣	١	٢.٣	٢١.٣	١٦.٣	١٦.٣	/	الامانة والموال	/	/	/	/
١٢	٢	١	١			١	١	١		٤	٤	٤	٤	ك					
١	٢.٣	٢.٣	٢.٣			٤	٢.٣	٢.٣	٢.٣	٢.٣	٢.٣	٢.٣	٢.٣	ز					
٨	٢٢	١٣	أ	٢		٢١		٤	١.٥	٢	٢	٢	١	ز	نقص الأمن الصناعي	-	/	/	/
٢٧.٣	١٦.٣	١٦.٣	ج.٣	١.٣		١٦.٣		٢.٣	١.٠	٢	٢.٣	٢	٢.٣	د					
١٢.٣	٢٢	١١	١	٤	٥٧	١	٢٩	١.٥	١.٥	أ	٢٢	١١	٢٢	د					
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	/	عدم تطبيق الأمان	/	/	/	/
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د					
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د					
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د	الافتقار الطبي الكامل	/	/	/	/
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د					
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د					
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د	تتطلب اوعية خاصة	/	/	/	/
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د					
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د					
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د	مراقبة الطرقات والحدود	/	/	/	/
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د					
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د					
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د	الاشخاصات والمعدات	/	/	/	/
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د					
١٦.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	١	٢.٣	٢.٣	١٦.٣	٢.٣	٢.٣	ج.٣	٢٢	٢١.٣	٢١.٣	د					

تابع جدول رقم (١٨) يتبع أهم أساليب الأخطاء حسب درجة نظر الباحثين في مؤسسات التعليم

المجموع الكلي	المجموع	الاستبيانات				المجموع	المدارس				المجموع	المدارس		الهيئة	
		أين سميت	خبرة	الدرجة	السلطاني		المساكنة	محاولة	التنسيق	بيد		الفكرية	الاملا		
١٤٤	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص رعاية الطلاب نقص الرقابة المدرسية نقص الاملا
١٤٥	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٤٦	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٤٧	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٤٨	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٤٩	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٥٠	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٥١	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٥٢	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٥٣	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٥٤	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٥٥	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٥٦	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٥٧	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٥٨	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٥٩	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٦٠	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٦١	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٦٢	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٦٣	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٦٤	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٦٥	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٦٦	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٦٧	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٦٨	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٦٩	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٧٠	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٧١	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٧٢	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٧٣	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٧٤	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٧٥	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٧٦	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٧٧	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٧٨	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٧٩	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٨٠	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٨١	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٨٢	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٨٣	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٨٤	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٨٥	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٨٦	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٨٧	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٨٨	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٨٩	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٩٠	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٩١	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٩٢	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٩٣	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٩٤	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٩٥	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٩٦	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٩٧	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
١٩٨	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
١٩٩	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
٢٠٠	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
٢٠١	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
٢٠٢	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
٢٠٣	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
٢٠٤	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
٢٠٥	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
٢٠٦	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
٢٠٧	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
٢٠٨	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
٢٠٩	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
٢١٠	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
٢١١	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
٢١٢	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
٢١٣	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
٢١٤	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
٢١٥	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
٢١٦	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	نقص الرعاية المدرسية نقص الاملا
٢١٧	١٦,٣٣	١٦,٣٧	٨	٢,٣٧	٢,٣٣	٢٩,٣٣	٤,٣٧	٢٠	٩,٣٣	٥,٣٣	٢٩	١٧,٣٣	١٧,٣٣	/	
٢١٨	٤١	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧٠	٢٠	١٤	٨	٢٩	١٢	٢٩	د	

جدول رقم (٢٠) يوضح أهم الفئات أو الأشخاص الذين يقومون بإنتاج المؤلفين حسب رأي هيئة البحوث من المؤلفين والمؤلفين

البيئة	المدرّس		المجموع	المراكز			المستفيدين				المجموع	المجموع الكلي					
	الأصل	الفكرية		المجموع	بيد	المرض	مسألة	المتابعة	المجموع	السلطاني			الهيئة	خولة	أبن سينا	المجموع	المجموع الكلي
المهتام	ك	١٤	١٢	٢٩	٦	١٣	٢٦	٧	٥٢	٥	٣	١٧	٢٥	٢٥	١٢٣		
	/	٢٠٣	٨	٢٤	٤	١٧	١٧٣٣	٤١٧	٢٤١٧	٢٠٣٣	٢	٨	١٧١٧	٢٠	٨٢		
	ك	٢٠	١٢	٣٢	٦	١٠	٢٧	٦	٥١	٤	٢	١٢	٢٥	٢٥	١٢١		
	/	١٢٣٣	٨	٢١٣٣	٤	١٧	١٨	٤	٢١	٢١٧	٨	١٢١٧	١٢١٧	٢٠	٨٤		
	ك	١٩	١٢	٣٠	٧	١٠	٢٥	٦	٤٨	٤	١	٩	٢٥	٢٩	١١٥		
مفتوح على المصدر	/	١٠٠١٧	٨	٢٠	١٧	١٧	١٦١٧	٤	٢٢	٢١٧	٦	١٦١٧	١٦١٧	٢١	٧٩١٧	مفتوح على المصدر	
	ك	١٤	٤	١٨	٦	١١	٢٢	٧	٤٦	٢	٢	٩	٢٤	٢٨	١٠٢		
	/	٢٢٣	١٧	١٢	٤	١٢	١٤١٧	٤١٧	٢٠١٧	٢	٢	٦	١٦	٢٥	٦٨		
رجال الدين	ك	١	١	١	١	١	٢	٢	٢	٢	١	٢	١٠	١٥	١٨	رجال الدين	
	/	١	١	٢	٥	١٢	١٢٣	٧	٢٧	٢	٢	٨	١٦	٢٢	٧١		
	ك	١٧	١٧	٣٢	٩	٨	١٢	١٢	٢٦	٢	٢	٨	١٦	٢٢	٧١		
الطبيب الضيفي	/	١٧	١٧	٣٢	٩	٨	١٢	١٢	٢٦	٢	٢	٨	١٦	٢٢	٧١	الطبيب الضيفي	
	ك	١٧	١٧	٣٢	٩	٨	١٢	١٢	٢٦	٢	٢	٨	١٦	٢٢	٧١		
	/	١٧	١٧	٣٢	٩	٨	١٢	١٢	٢٦	٢	٢	٨	١٦	٢٢	٧١		

جدول رقم (٧٤) يوضح أهم مجالات خيرة العاملين في مؤسسات رعاية الطفولة

الجمعية	الجمعية	المستشفيات				المجموع	المراكز				المجموع	المدارس		الجمعية	الجمعية	الجمعية	الجمعية	الجمعية							
		أبن سينا	خزلة	الزينة	السلطاني		المالية	صلافة	النور	بيد		١٩	١٢						١	١	١	١	١	١	١
١٧	١١					١٧	٢	١	٨	٢	١٩	١٢	١	١٢	١	١	١	١							
٢١,٢٣	٧,٢٣	٧,٢٣				١١,٢٣	١,٢٣	٢,١٧	٢,٢٣	٢	١٢,١٧	٤,١٧	١	٢٢	١	١	١	١							
٨١	٢		١	١		٨٢	١	٢١	١٢	٨	٢١	١٢	١	٢٢	١	١	١	١							
٥٧,٢٣	١,٢٣		٢٧	٢٧		٢٤,٨١	١	١٧,٢٣	٨	٢,٢٣	٢١,٢٣			٢١,٢٣				١							
٢						٢	١		٢									١							
٢						٢	٢٧		١,٢٣									١							
١٢	٩		٢	٢		١٤	٢	١	٥	١								١							
١٥,٢٣	١		٢	٢		١٢,٢٣	١,٢٣	١	٢,٢٣	١	١٧							١							
١٩	٢٥	٢٥	٢	٢		٧	٧			١	١	١	٢	١	٢	١	١	١							
٢١,٢٣	٢٢,٢٣	١١,٢١٧	٢	١,٢٣		٤,٢١٧	٤,٢١٧			٢,١٧	٢,١٧	٢	٢	٢	٢	٢	٢	١							
١	٢		٢		١	١٠		١										١							
٤١,٧	٢		١,٢٣		٢,١٧	٢,١٧		٢,١٧										١							

جدول رقم (٣٦) يوضح مدى حصول المعلمين على بطاقات دراسية في قريتهم بعد التناقص بتخصصات المعايير

الجمعية	الجمعية	المتطلبات				الجمعية	المشارك				الجمعية	الدراس		الهيئة	
		أول سنة	خولة	الهيئة	إسلاماني		الهيئة	مسلطة	الفرص	بند		الاسكزية	الاول		
٨٨٠	٧		١		١	٩	٤	٢	٢		٧	٣	٤	د	نفس
١٢	١٣٣		٧٧		٧٧	١	٧٧٧	٧٣٣	٧		٤٧٧	٧	٧٧٧	/	
١٣٢	٤٤	٢٥	١١	٤	٤	٥٠	٢	٧٨	١١	٨	٢٨	١٠	٧٨	د	
٨٨	٣٣٣٣	١٣٧٧	٧٣٣٣	٧٣٧٧	٤٣٧٧	٣٣٣٣٣	٧	٨٨٣٧	٧٣٣٣	٥٣٣٣	٧٣٣٣	١٣٧	٨٨٣٧	٧	
١٥٠	٤٩	٢٥	١٢	٤	٥	٥٩	٧	٢٠	١١	٨	٤٥	١٣	٣٢	د	
١٠٠	٢٠٣٧	١٣٧٧	٨	٧٣٧	٢٣٣٣	٣٣٣٣٣	٤٣٧	٧٠	١٣٣٣	٥٣٣٣	٢٠	٨٣٧	٣١٣٣	٧	الجمعية

جدول رقم (٢٧) يوضح أشكال البعثات والفترات التدريبية التي التحق بها مهنس الدافعين بوسائل التدريب

البيانات	المستفيدين				المجموع				المجموع				المجموع		المجموع		المجموع
	الاسم	الدرجة	الفترة	الجهة	السلطة	الدرجة	الفترة	الجهة	السلطة	الدرجة	الفترة	الجهة	السلطة	الدرجة	الفترة	الجهة	السلطة
١٥																	
١٦																	
١٧																	
١٨																	
١٩																	
٢٠																	
٢١																	
٢٢																	
٢٣																	
٢٤																	
٢٥																	
٢٦																	
٢٧																	
٢٨																	
٢٩																	
٣٠																	
٣١																	
٣٢																	
٣٣																	
٣٤																	
٣٥																	
٣٦																	
٣٧																	
٣٨																	
٣٩																	
٤٠																	
٤١																	
٤٢																	
٤٣																	
٤٤																	
٤٥																	
٤٦																	
٤٧																	
٤٨																	
٤٩																	
٥٠																	
٥١																	
٥٢																	
٥٣																	
٥٤																	
٥٥																	
٥٦																	
٥٧																	
٥٨																	
٥٩																	
٦٠																	
٦١																	
٦٢																	
٦٣																	
٦٤																	
٦٥																	
٦٦																	
٦٧																	
٦٨																	
٦٩																	
٧٠																	
٧١																	
٧٢																	
٧٣																	
٧٤																	
٧٥																	
٧٦																	
٧٧																	
٧٨																	
٧٩																	
٨٠																	
٨١																	
٨٢																	
٨٣																	
٨٤																	
٨٥																	
٨٦																	
٨٧																	
٨٨																	
٨٩																	
٩٠																	
٩١																	
٩٢																	
٩٣																	
٩٤																	
٩٥																	
٩٦																	
٩٧																	
٩٨																	
٩٩																	
١٠٠																	

جدول رقم (٢٨) يتبع طاقرة البعثة الدراسية والقرارات الدراسية التي حصل عليها بعض الطالبين بعد التحاقهم بقرصسات القرية

البينة	المتقدرات	الدارس		المجموع	الدراكر				المجموع	الاستيفات				المجموع	المجموع	المجموع
		الاول	الثانية		بند	التفصيل	ملاحظة	الضمان								
د	القر من ٢ شهر	١	١	١	٢	٢	١	٢	٧							٨
		٣٧		٣٧			٣٧	٢	٤٣٧							٤٣٧
							١	٢	٤							١
							٣٧	٢	٤٣٧							٣٧
د	٢ - ٦ شهر															٢
																٢
																٢
																٢
د	١٢ - ١٨ شهر	٧	٧	١٤												١٤
		١٣٣	١٣٣	٢٦٦												٢٦٦
د	١ - سنتين	١	١	٢												٢
		٣٧	٣٧	٧٤												٧٤
د	سنتين وأكثر															
د	المجموع	١	١	٢												٢
		٣٧	٣٧	٧٤												٧٤

جدول رقم (٣٣) يتبع مدى حصول الطالبين في دراستهم أو كرسيتهم على الدرجات التالية قبل أن يحد المتكلم ومؤسسات رعاية الطلبة

الدرجة	الدرجة		المتطلبات				الدراسات				الدراس		الدرجة	اسم الجائزات	المنحة
	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة				
												الدرجة			
الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة
٥٥	٢٠	١٢	٢	٢	٢	١٢	٤	٢	٢	٢	٢	٢	١٢	١٢	٢
٢٥٢٣	١٢٢٣	٨	٢	١٢٢٣	٢	٨١٢٣	٢١٢٣	٢	٤	٤	١٢٢٣	٨١٢٣	١٢٢٣	٨١٢٣	٨١٢٣
٢١	٨	٨				٨	٢	٢	٢	٢		١٠	٨	٢	٢
١٧٢٢٣	٥٢٢٣	٥٢٢٣				٥٢٢٣	٢	١٢٢٣	٢	٢		١٢١٧	٥٢٢٣	١٢٢٣	١٢٢٣
١٨	٩	٧	١	١	١	٤	٢		٢	٢		٥	٢	٢	٢
١٢	١	١٢١٧	١٢٣			١٢١٧	١٢٢٣	١٢٢٣	١٢٢٣	١٢٢٣	١٢٢٣	٢١٢٣	٢	١٢٢٣	١٢٢٣
٢٨	٤	٤				٩	٢	١	١	١	١	٢١	٨	١٨	١٨
٢٥٢٢٣	٢١٢٣	٢١٢٣				١	١٢٢٣	١٢٣	١٢٣	٤		١٥٢٢٣	٢١٢٣	١٢	١٢
١٨	٨	٨				٢	١		٢	٢		٧	٥	٢	٢
١٢	٥٢٢٣	٥٢٢٣				٢	١٢٣		١٢٣	١٢٣		٢١٢٣	١٢٢٣	١٢٢٣	١٢٢٣
١٠	٨	٨				٢	١		١	١					
١٢١٧	٥٢٢٣	٥٢٢٣				١٢٢٣	١٢٣		١٢٣	١٢٣					
٧						٢	١		١	١					
١٢٢٣						١٢٢٣	١٢٣		١٢٣	١٢٣					
١٢	٧	٧										٥	٥		
٨	١٢١٧	١٢١٧										٢١٢٣	٢١٢٣		
١	٢	٢				٤	٢		٢	٢					
٤	١٢٢٣	١٢٢٣				٢١٢٣	١٢٢٣		١٢٢٣	١٢٢٣					
١	٢	٢				٤	٢		٢	٢					
٤	١٢٢٣	١٢٢٣				٢١٢٣	١٢٢٣		١٢٢٣	١٢٢٣					

جدول رقم (٢٤) يوضح أهم الجهات المستفيدة من تشغيل الموظفين بعد تقديمهم حسب رأي جهة البحث من العاملين بالمستشفيات

الجهة	المدرس		المجموع	للمراكز				للمستفيدين				المجموع	المجموع الكلي	المجموع الكلي
	الاول	الثاني		بني	التفصيل	مسألة	الضمانية	٢	١	خبرة	أخرى			
المركز لم المؤسسة	١١	١٢	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣
	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
وزارة الصحة والتنمية الاجتماعية	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣
	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦	٣٦
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣	٧٣٣
الجمعية العامة للتدريب المهني	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣
	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣	٣٣

جدول رقم (٢٥) يتلخص أهم السموات التي تواجه عملية تسجيل الموقوف، بعد الانتهاء من تأهيلهم

السموة	السموة الكمي	السموة	المستشفيات				السموة	المراكز				السموة	المعايير		المبيعة	
			أمن سينا		خولة	النفقة	السلطاني		الضامية	ملاوة	المرض	بند	الكيفية	الاول		
			١	٢												
٧١	٢١	١٢	١	١	١	١	٢	٢٧	١	١١	٥		٢٣	٢	ك	
١٧,٢٣	١٤,٢٣	٨	١	١٧	١	١٧	١٨	١٨	١	١٠,١٧	٢,٢٣		١٢,٢٣	٢	/	
٢١	٢١	١٢	١	٢	١	٢	٢	٤٢	١	٢١	٧	٨	٢٧	١٠	ك	
١١	١٧,٢٣	٨,١٧	١	٢	١	٢	٢	٢٧,٢٣	١	١٨,١٧	١,٢٣	١٨,٠	١١,٢٣	١١,٢٣	/	
١٥	١٨	١٠	١	١	١	١		٢١	٢	٢٢	١		١	١	ك	
١٢	١٢	١,١٧	١	١٧	١	١٧	١٧,٢٣	١٧,٢٣	١	١٨,١٧	١٧		١٧	١٧	/	
١٤	٢٣	١٢	١	٢	١	٢	٢٣	٢٣	٥	١٩	٩	١	٢٧	١٢	ك	
١٧,٢٣	١٢	٨,١٧	١	١	١	١	١	٢١	٢,٢٣	١٨,١٧	١	١	١٨	٨	/	
٥٧	٢٢	١٥	١	١	١	١	١	٢٥	٢	١٥	١٠	١	٧	١	ك	
٢٨	١٨,١٧	١٠	١	١	١	١	١٧	٢٣,٢٣	١,٢٣	١٠	١,١٧	١٧	١٨,١٧	٢	/	
٨٨	٢٣	١١	١	١	١	١	١	١٥	٥	١٢	٨	٢٠	٢٠	٢١	ك	
٥٨,١٧	١٥,٢٣	٢,٢٣	١	١	١	١	١,٢٣	٢	٢,٢٣	١,٢٣	١,٢٣	١,٢٣	٢٠	١٤	/	
١٢	١٥	١	١	١	١	١	١	٢٩	١	١١	١	٢	١٨	٩	ك	
٤١,٢٣	١٠	١,١٧	١	١	١	١	١,٢٣	١٩,٢٣	١	١,٢٣	١	٢	١٢	١	/	
٢١	١٤	٨	١	١	١	١	١	٨	١	٢		٢	١	١	ك	
١٧,٢٣	١,٢٣	١,١٧	١	١	١	١	١,٢٣	٥,٢٣	١	٢	١,٢٣	٢,١٧	٢,١٧	٢	/	
١	١	١	١	١	١	١		٧	٢	١	٢	١	١	١	ك	
١	١٧	١٧	١	١	١	١	١,١٧	١,١٧	٢	١٧	٢		١٧	١٧	/	

أهم السموات

رفض قرض العمل

رفض أصحاب العمل

رفض الزائري

الوقوف من تسجيل الموقوف

مشكلة النقل والمواصلات

عدم تطبيق قانون العمل

عدم وجود وثائق تسجيل

عدم التدريب على مهنة

احتياجها المادي

تسجيل الموقوف في مهنة

أخرى مختلفة

جدول رقم (٤) يوضح أهم لوجه القس في التجهيزات والمعدات اللازمة لرسالة وتعليم المعلمين حسب رأي المعلمين بهذه التجهيزات

البيئة	المدارس		الجميع	المراكز				الجميع	الاستقصيات				الجميع	الجميع الكلي	
	الأقل	الكثيرة		بيد	الترتيب	محللة	المالية		الجميع	السلامة	الترقية	حالة			أين يتبعها
لوجه القاص	ك	٢٥	١٢	٣٧	٨	١١	٦	٨١		١	١	٢٥	٣٦	١١٣	
	/	١٦,١٧	٨	٢١,١٧	٨,٣٣	٧,٣٣	٤	٢١		٣,٧	٣,٧	١٦,١٧	٢٧,٣٣	٨٢	
قاعات التعليم والتدريب	ك	٣٣	١٢	٢٨	٨	٤	٢,٠	٤٨	٤	٢	٢	٢٥	٤٢	١٢٥	
	/	١٥,٣٣	٨	٢٥,٣٣	٨,٣٣	٢,١٧	٢,٠	٣٢	٢,١٧	١,٣٣	١,٣٣	١٦,١٧	٢٧,٣٣	٨٢,٣٣	
قاعات الاجتماعات والاشتغالات	ك	٣٧	١٢	٣٩	٨	٥	٢٩	٤٩	٧	١	١	٢٥	٣٩	١٢٧	
	/	١٨	٨	٢١,٣٣	٨,٣٣	٢,١٧	١٨,٣٣	٣٩,١٧	١,١٧	٣,٧	٣,٧	١٦,١٧	٢٧,٣٣	٨٤,١٧	
المعامل والمختبرات النفسية	ك	٣٧	١٢	٤٠	٨	٨	٢٩	٥٢	٥	١١	١١	٢٥	٤١	١٣٢	
	/	٣٧	١٢	٣٩,١٧	٨,٣٣	٨,٣٣	٢٩,١٧	٤١	٣,٣٣	٣,٣٣	٣,٣٣	١٦,١٧	٢٧,٣٣	٨٤,١٧	
ورش التدريب المهني	ك	٣٧	١٢	٣٩	٨	٤	٢,٠	٤٩	٧					٧٨	
	/	١٨	٨	٢١,٣٣	٨,٣٣	٢,١٧	٢,٠	٣٩,١٧	٤,١٧					٥٢	
أجهزة العلاج الطبيعي والرياضي	ك	٢١	٧	٢٩	٨	٩	٢٢	٤١	٤		٤	٢٥	٣٨	١١٣	
	/	١٤	١٦,١٧	١٨,١٧	٨,٣٣	٦	١٤,١٧	٤٦,١٧	٢,١٧	٥	٢,١٧	١٦,١٧	٢٧,٣٣	٧٥,٣٣	
الضمانات اللازمة للتدريب	ك	٩	٦-١٥	١٥	٥	١	١٥	١٠	٧	٢	٢	٢,١٧	٢,١٧	٤٨	
	/	٦	٤	١٠	٨,٣٣	٣,٧	١٠	١٨,١٧	٤,١٧	١,٣٣	١,٣٣	٢,١٧	٢,١٧	٣٢,١٧	

جمال رقم (٤٦) يوضح أهم حقوقيات العاملين والمستهلكين من هيئة البحث حول رفع مستوى كفاءة العمل في مؤسسات الموردين

[illegible]

المحتويات

١٧ الجزء الأول: الجانب النظري للدراسة .

١٩ المبحث الأول: علم الاجتماع وقضايا الرعاية الاجتماعية وسياساتها .

٢١ تمهيد:

٢٣ (١) مفاهيم وقضايا أساسية .

٣٣ (٢) المنظورات السوسيولوجية في دراسة السياسة الاجتماعية .

٦٥ (٣) قضايا السياسة الاجتماعية وعلم الاجتماع في النول النامية .

٨٢ المبحث الثاني: أبعاد وحجم مشكلة المعوقين .

٨٥ تمهيد:

٨٦ (١) المستوى العالمي .

١ (٢) المستوى العربي .

٦ (٣) المستوى الخليجي .

المبحث الثالث: تعريف وتصنيف المعوقين .

تمهيد :

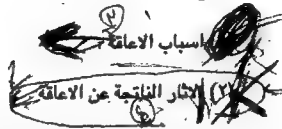
(١) تعريف الإعاقة .
(٢) تصنيف المعوقين .

١٣٩

المبحث الرابع : اسباب الاعاقة والاثار الناتجة عنها .



تمهيد:



١٦٥

المبحث الخامس : عمليات التأهيل ورعاية المعوقين .

١٦٧

تمهيد:



١٧٤



٢١٣

المبحث السادس : سياسات التخطيط لرعاية المعوقين .

٢١٥

تمهيد:



٢٢٦

(١) التعرف بعملية التأهيل للمعوقين .

(٢) مستويات وبرامج رعاية المعوقين .

٢٣٥

الجزء الثاني : الجانب الميداني للدراسة .

٢٣٧

المبحث السابع : الاستراتيجية المنهجية للدراسة .

- ٢٣٩ (١) أهداف الدراسة وتساؤلاتها .
- ٢٤٤ (٢) اختيار عينة الدراسة .
- ٢٤٤ (أ) اسباب اختيار العينة .
- ٢٤٨ (ب) عملية سحب وتحديد العينة .
- ٢٥٣ (٣) طرق الدراسة واساليب جمع البيانات .
- ٢٥٣ (أ) طرق الدراسة .
- ٢٥٨ (ب) اساليب جمع البيانات وتفريغها .

المبحث الثامن : تطور الاهتمام بسياسات المعوقين في سلطنة عمان

- ٢٦١ (مجتمع البحث)
- ٢٦٤ (١) المرحلة الاولى ١٩٧٠ - ١٩٨٠ .
- ٢٦٥ (٢) المرحلة الثانية ١٩٨٠ - ١٩٩٠ .
- ٢٧٢ (٣) المرحلة الثالثة ما بعد ١٩٩٠ .
- ٢٧٧ المبحث التاسع : عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية .
- ٢٧٩ (١) خصائص عينة البحث .
- ٢٨٤ (أ) خصائص التركيب النومي والعمرى .
- ٢٨٦ (ب) طبيعة الموطن الاصلي .
- ٢٨٩ (ج) خصائص الحالة الاجتماعية والتعليمية المهنية .

(٢) اسباب حدوث الاعاقة وعلاقتها بالبيئة الاجتماعية والسلوكية للمعوقين.

٢٩٣

٣٠٨ (٢) الوعي الاجتماعي بالاعاقة واجراءات الوقاية منها .

٣١٤ (٤) تقييم عمليات التأهيل ومؤسسات رعاية المعوقين .

٣١٦ (ا) تقييم طبيعة الاداء الوظيفي والمهني للعاملين .

٣٢٦ (ب) تقييم نوعية خدمات الرعاية .

٣٢٤ (٥) مشكلات ومعوقات التأهيل والعمل بمؤسسات المعوقين .

٣٤٧ (٦) وسائل التخطيط وتطوير خدمات ومؤسسات المعوقين .

٣٥٧ لمبحث العاشر : النتائج العامة والتوصيات .

٣٧٥ الملاحق:

٣٧٨ (١) أدوات البحث .

٣٧٩ (ا) استمارة البحث لعينة المعوقين .

٣٨٨ (ب) استمارة البحث لعينة العاملين والمستولين .

٤٠١ (٢) جداول البحث .

٤٨٦ المحتويات.

Библиотека Александрина



247067